

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS **Année 2026**

- Arrêté du 02-08-2013 pour les vaccinations obligatoires et en particulier la vaccination Hépatite B.
- Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2025. (Ministère de la Santé)

- ➔ Dès l'admission en formation, prenez rendez-vous chez un médecin pour établir votre certificat médical de vaccinations.
- ➔ **Envoyez obligatoirement par courrier à l'IMFMS au plus tard le XXXXXXXXXX :**
 - L'original du certificat correctement rempli et validé par le médecin (signature et cachet du médecin).
 - Le résultat de votre bilan biologique : sérologie complète de l'hépatite B avec titrage des anticorps anti-HBs.



Tout dossier incomplet ou transmis hors délai ne sera pas traité

LES VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

DTP : Dernier rappel conforme au dernier calendrier vaccinal (naissance / 25 ans / 45 ans / 65 ans).

HEPATITE B et preuve de l'immunisation :

Si vaccination antérieure : réaliser une prise de sang pour vérification de l'immunité.

Si absence de vaccination : réaliser une sérologie complète de référence.

En cas d'absence d'immunité : réaliser un protocole accéléré de vaccination.

PREVENTION DE LA TUBERCULOSE :

En qualité de futur soignant au contact de personnes fragiles, il est nécessaire de réaliser un **test tuberculinique (IDR)**.

Ce test est à réaliser par un médecin.

Nota Bene :

Il est, par ailleurs, fortement recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, le COVID et la grippe saisonnière

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS
Année 2026

- Arrêté du 02-08-2013 pour les vaccinations obligatoires et en particulier la vaccination Hépatite B.
- Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales 2025. (Ministère de la Santé)

Inscription pour la filière : AIDE-SOIGNANTE ☐ INFIRMIERE ☐ MASSEUR-KINEINESITHERAPEUTE ☐

NOM DE NAISSANCE.....		NOM D'USAGE	
PRENOM.....		DATE DE NAISSANCE.....	
VACCINS		DATES	
DTP OU dTcaP		Date du dernier rappel : Nom du vaccin :	
HEPATITE B		2 injections à 1 mois d'intervalle plus 1 rappel entre 6 et 12 mois et dosage des anticorps anti HBs au minimum 1 mois après le rappel avec un résultat > 10 mUI/ml (ou > 10 UI/L) <u>Dates Vaccination antérieure :</u> 1ère injection : 2ème injection : 3ème injection : Rappels éventuels : Protocole de vaccination accélérée à réaliser : J0 - J7 - J 21 et dosage des anticorps anti HBs à J36 avec un résultat > 10 mUI/ml (ou > 10 UI/L) <u>Dates si vaccination accélérée :</u> J0 : J7 : J21 :	
IMMUNITE HEPATITE B		Joindre impérativement le résultat de la sérologie complète (Ag HBs, Ac anti Hbs et Ac anti Hbc) Résultat Ac anti Hbs en UI/L :	
TUBERTEST < A 3 MOIS		Date : Résultat (en mm d'induration) :	

En cas de contre-indication aux vaccinations ou de cas particulier, l'élève/étudiant ou le médecin peut contacter le médecin du travail du Centre Hospitalier de Perpignan au 04 68 61 77 73.

Je soussigné, Dr.....déclare que

M.....

- est à jour des vaccinations réglementaires énoncées ci-dessus.
- a les immunités suffisantes pour intégrer l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé fixé par l'arrêté du 02/08/2013.

Date :

Signature et cachet du médecin :