



Pour tout recrutement personnel médical (y compris internes en médecine ou pharmacie- étudiants en médecine) au sein du CHU

NOM :PRENOM :

Date de naissance :

Date de la radiographie pulmonaire (de moins de 1 an) **Résultat** :

Date du dernier test tuberculinique:: **Résultat** :

BCG (dates)- -::

-

-

VACCINATION :

1- Diphtérie – Tétanos – Polio – Coqueluche

- D.T.P – date du rappel :

ou- Revaxis – date du rappel :

ou- Repevax – Boostrix Tetra – Infanrix Tétra – date du rappel :

2- Hépatite B :

date et résultat des Ac anti HBs et Ac Anti HBc:

± dates de vaccination :

1^{ère} injection :

2^{ème} injection.....

3^{ème} injection ou rappel..... Rappel supplémentaire :

3- Rougeole – Oreillons - Rubéole

date du vaccin trivalent : (ROR – Priorix ...)

1^{ère} injection :

2^{ème} injection :

⚠ A Défaut :

date maladie rougeole : ou **date et résultat des sérologies** :

date maladie oreillons :

date maladie rubéole :

4 Varicelle

date maladie :ou **date et résultat sérologie** :

5- Typhim : Uniquement obligatoire pour le personnel affectés dans les laboratoires

date de l'injection :

**⚠ LES AFFECTATIONS PEUVENT ETRE SUBORDONNEES
AUX RESULTATS D'IMMUNISATION**

Je soussigné, Docteur.....certifie que M.....

est **apte à exercer des fonctions hospitalières.**

Nom et cachet du Médecin

Date et signature,

LE PRESENT CERTIFICAT EST OBLIGATOIRE ET DOIT ÊTRE VISE PAR LA MEDECINE DU TRAVAIL