

**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<sup>ère</sup> injection : .....

2<sup>ème</sup> injection : .....

3<sup>ème</sup> injection ou rappel : ..... Rappel supplémentaire : .....

**3- Rougeole – Oreillons - Rubéole**

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

1<sup>ère</sup> injection : .....

2<sup>ème</sup> 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,