



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT)

PREMIERE INSCRIPTION pour tout personnel soumis aux agents biologiques

NOM :.....PRENOM :.....

Date de naissance :.....

Numéro de téléphone portable :

Service d'affectation :..... Fonction :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES EN MILIEU PROFESSIONNEL :

1. Tuberculose

BCG (n'est plus obligatoire à partir d'avril 2019) (dates) -1:.....2 :.....3 ;.....

Date du dernier test tuberculinique:.....POSITIF NEGATIF

2. Diphtérie – Tétanos – Polio : préciser la spécialité utilisée

dTP ou- Revaxis[®] – date du rappel :.....

DTP coq ou- Repevax[®] – Boostrix Tetra[®] – Infanrix Tétra[®] – date du rappel :

La **COQUELUCHE** est recommandée en milieu professionnel

3. Hépatite B : préciser la spécialité utilisée

Vaccination hépatite B (Engerix [®] B20 µg (à partir de 16 ans) HBVaxpro [®] 10 µg (≥16 ans) / Vaccin Genhevac B Pasteur 20 µg [®] / HBVAXPRO 40 [®]) Vaccin hépatite A+B (Twinrix [®]): la vaccination hépatite A est recommandée dans certaines expositions professionnelles)	Date
1 ^{ère} injection	
2 ^{ème} injection	
3 ^{ème} injection	
4 ^{ème} injection	
5 ^{ème} injection	
6 ^{ème} injection	

La preuve de l'immunité après vaccination est obligatoire. Il faut donc faire une sérologie hépatite B avec les AC anti HbS et les AC anti HbC. Merci de joindre la photocopie du résultat du laboratoire.

Date et résultats (taux) des AC anti HbS :

Date et résultats (taux) des AC anti HbC:

Si aucune vaccination hépatite B, il faut réaliser une sérologie complète (AC anti HbS, AC anti HbC et Ag HbS) avant de procéder à la vaccination.

Date et résultats (taux) des Ag HbS :

4. Vaccin typhoïde (Typhim Vi® ou Typherix®)

Obligatoire uniquement pour le personnel affecté dans les laboratoires manipulant des selles

date de la dernière injection :

Ou vaccin combiné typhoïde et hépatite A (Tyavax®), date de la vaccination :

VACCINATIONS RECOMMANDEES EN MILIEU PROFESSIONNEL

1. Rougeole – Rubéole

	Date	Résultats (taux)
vaccin trivalent : (ROR® – Priorix® - MMR Vax pro®) 1 ^{ère} injection 2 ^{ème} injection		
Vaccin rubéole – rougeole ou Rudi-rouvax®		
Vaccin rubéole ou Rudivax®		
Ou rougeole maladie		
Ou sérologie rougeole		
Ou rubéole maladie		
Ou sérologie rubéole		

2. Varicelle

Date de la vaccination : 1^{ère} injection :

2^{ème} injection :

Ou date varicelle maladie :

Ou date et résultat de la sérologie

3. Vaccination hépatite A (Avaxim® 160 U / Havrix® 1440 / Vaqta 50 U® à partir de 18 ans)

La vaccination hépatite A est recommandée dans certaines expositions professionnelles)

Date de la vaccination :

Ou date et résultat de la sérologie.

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

1. est à jour de ses vaccinations obligatoires,

2. qu'il ou elle n'est pas porteur (se) d'une tuberculose contagieuse, à ce jour décelable.

Nom et cachet du Médecin

Date et signature,

La fiche de renseignements médicaux doit être transmise au service de santé au travail pour la traçabilité et la mise en place de la surveillance médicale renforcée.

Pour tout renseignement sur cette fiche, merci de bien vouloir contacter directement le service de santé au travail au 05 49 44 40 92 ou medecine.travail@chu-poitiers.fr