



Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :/...../.....
Age :

1ère injection → Date :/..... /.....	1 ^{er} Rappel → Date :/..... /.....	Age:.....
2ème injection → Date :/..... /.....	2ème Rappel → Date :/..... /.....	Age:.....
3ème injection → Date :/..... /.....	3ème Rappel → Date :/..... /.....	Age:.....
	4ème Rappel → Date :/..... /.....	Age:.....
	5ème Rappel → Date :/..... /.....	Age:.....

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date

1. Ac anti-HBs >100 UI/L (quelques soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
2. Ac anti-HBs ≥ 10 UI/L et ≤ 100 UI/L et Ac anti-HBc $^{\ominus}$ et antigène HBs $^{\ominus}$

**Cf. recommandations et modalités sur Calendrier vaccinal annuel (https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_dec24.pdf) et arrêté du 02/08/2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique (Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique - Légifrance (legifrance.gouv.fr))*

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (*i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*).

Je soussigné(e), Docteur certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

CACHET :