

CENTRE HOSPITALIER DU MANS

Service Médecine du Travail

Docteur J. JARNY - Docteur C. MARTIN

VACCINATION - IMMUNISATION

***Faire une photocopie des vaccins et maladies contagieuses du carnet de vaccination** en y ajoutant la sérologie hépatite B, les IgG varicelle, le Quantiféron® et la dernière vaccination grippe saisonnière

OU

***Remplir ce document**

NOM :

Date de naissance :

Prénom :

Service :

TUBERCULOSE

Date et résultat du dernier test tuberculinique
ou du dernier Quantiféron® :

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE

date et nom du dernier rappel :

HEPATITE B

- date de toutes les injections :
- date et résultat des Anticorps anti-HBs :
- Si Ac antiHBs < 100 UI/l, date et résultat des Anticorps anti-HBc :

ROUGEOLE

Antécédents de rougeole oui → date

non → date(s) et nom des vaccins :

VARICELLE

Antécédents de varicelle : oui → date

non → date et résultat de la sérologie varicelle :

ou

→ date et nom des vaccins :

GRIPPE SAISONNIERE

date de votre dernière vaccination :

Envoyer à la médecine du travail. Merci.

Date et Signature