

VACCINATION & IMMUNISATION

Remplir ce document puis le renvoyer au service santé au travail à medtrav1@ch-lemans.fr / smedecinedutravail2@ch-lemans.fr

Transmettre une photocopie des vaccins et maladies contagieuses de votre carnet de vaccination et une photocopie de la sérologie hépatite B, des IgG varicelle, du Quantiféron®, de la dernière vaccination grippe saisonnière et des injections Covid.

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____
Service : _____

VACCINS	Date de vaccination/date résultat
dTP coq	
Hépatite B	Injections 1 ^{ère} : _____ 4 ^{ème} : _____ 2 ^{ème} : _____ 5 ^{ème} : _____ 3 ^{ème} : _____ 6 ^{ème} : _____ Ac anti HBS (date + résultat) : _____ Si Ac < 100 date + résultat des Ac anti HBC _____
Rougeole	Antécédent / maladie : _____ Sérologie : _____ Nom et date du vaccin : _____ 1 ^{ère} inj : _____ 2 ^{ème} inj : _____
Varicelle	Antécédent / maladie : _____ Sérologie : _____ Nom et date du vaccin : _____ 1 ^{ère} inj : _____ 2 ^{ème} inj : _____
Tuberculose	Test tuberculinique : _____ Dernier Quantiféron : _____
Grippe saisonnière (dernier vaccin)	

Date et signature