



INSTITUT DE FORMATION PUBLIC VAROIS DES PROFESSIONS DE SANTE
CENTRE DE FORMATION CONTINUE

Lors de votre rendez-vous avec le médecin, munissez-vous de tous les documents nécessaires (carnet de santé, etc.), de façon à ce que ce dernier puisse remplir en intégralité ce document. Le présent certificat a une durée de validité de 3 mois.

Ce certificat doit être entièrement complété. Les documents partiellement remplis ne seront pas retenus.

CERTIFICAT MÉDICAL DE VACCINATIONS SPECIFIQUES
A LA PROFESSION D'AMBULANCIER VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Article L3111-4 du code de la santé publique)

Je soussigné(e) Docteur : (nom, prénom) :

(titre et qualification) :

Adresse :

Certifie que

Monsieur / Madame :
(nom naissance, nom marital, prénom)

Né(e) le :

Adresse :

candidat à l'entrée en formation en d'**auxiliaire ambulancier**, a été **vacciné(e)** :

Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTC POLIO)	
Date de primo vaccination	Date :
Rappels de vaccination	Dates :
Protégé(e)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

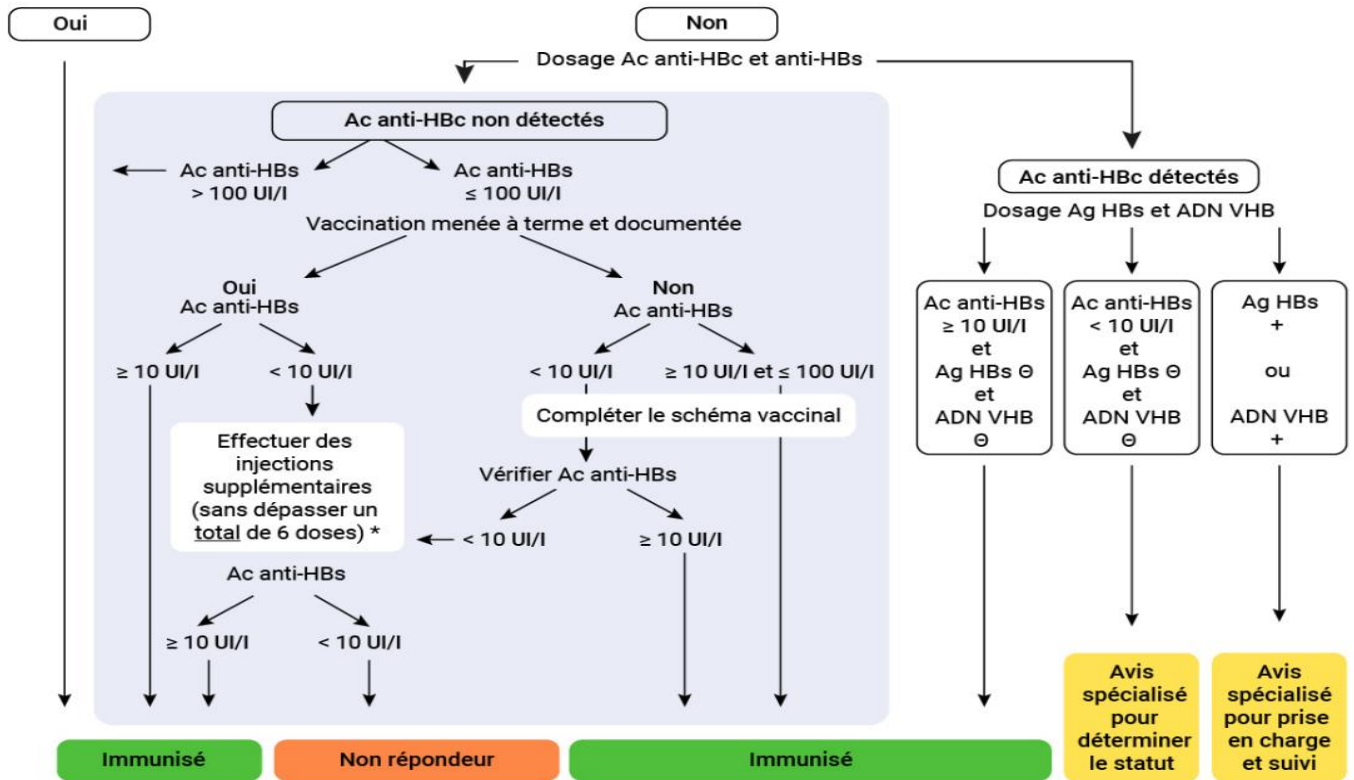
Par le BCG	
Vaccination	IDR à la tuberculine
Date :	Date :
Technique vaccinale :	Lecture en millimètre :
Le BCG est obligatoire pour les personnels de santé. Toutefois, en cas d'intradermoréaction à la tuberculine négative (induration < 5 mm), la revaccination n'est plus obligatoire.	
Immunisé(e)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Contre l'HEPATITE B, selon les conditions définies par l'algorithme ci-dessous

Immunisé(e)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<u>Date dernière injection</u>	Cette immunité a été constatée au vu d'une sérologie <input type="checkbox"/>	Non répondeur(se) à la vaccination <input type="checkbox"/>

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.

Contre la COVID-19

Protégé(e)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<u>Date dernière injection</u>	Cette protection a été constatée au vu d'une sérologie <input type="checkbox"/>	

Le :

Signature et Cachet du médecin