

**PASSEPORT MEDICAL DES ELEVES AIDES-SOIGNANTS**

**I.F.A.S. EDUCATION NATIONALE SEINE et MARNE**

**A remettre le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée en formation**

NOM : ..... Prénom.....

Date de naissance : ..... FORMATION : **DEAS**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATE
<b>BCG</b> primo vaccination (Preuve écrite ou cicatrice Vaccinale)	Date :
<b>Tubertest</b> datant de moins de 3 mois avant l'entrée en formation	Date : Résultat(en mm) :
<b>Dtpolio</b> ou <b>dTCoqP</b> (rayer la mention inutile)	<b>Dernier rappel :</b>
<b>HEPATITE B :</b>	<p><b>Vaccination antérieure :</b></p> <p>1<sup>ère</sup> : .....</p> <p>2<sup>e</sup> : .....</p> <p>3<sup>e</sup> : .....</p> <p>Rappels éventuels : .....</p> <p>Dosage <b>des anticorps</b> Anti-HBs : .....</p> <p>Dosage <b>antigène</b> HBs si le taux d'anticorps anti HBs est entre 10 et 100 : .....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si Ac anti HBs <math>\geq</math> 100 UI/L : <b>Immunisé</b></li> <li>• Si Ac anti HBs <b>entre 10 et 100 UI/L avec un antigène HBS NEGATIF</b> : <b>Immunisé</b></li> </ul> <p>Le médecin traitant doit <b>attester que la personne réponde aux critères d'immunisation fixés par l'arrêté du 2/08/2013 dans ses annexes I ou II- 2.1</b></p>

Le .....

Visa et tampon du médecin :