

Filière Auxiliaire ambulancier

NOM : Prénom : Date de naissance : / /

Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) - *Obligatoire*

Type de vaccin (DTP, DTCP, etc.)	Date du dernier vaccin	Date de l'avant-dernier vaccin
.....
.....

Hépatite B - *Obligatoire*

Un schéma vaccinal complet (**au moins 3 injections**) est obligatoire à l'entrée en formation. Notez les dates des injections

Nom du vaccin	Date 1er	Date 2 ^{ème}	Date 3 ^{ème}	Date 4 ^{ème}	Date 5 ^{ème}
.....
.....

Sérologies obligatoires : dosage des anticorps anti-HBs **ET** dosage des anticorps HBc si les anticorps anti-HBs sont inférieurs à 100 UI/l – Si bilan plus complet, merci de joindre les résultats du laboratoire

Date :/...../..... Dosage des **anticorps anti HBs** UI/l

Date :/...../..... Dosage des **anticorps HBc** Positifs Négatifs

Vaccinations recommandées (COVID, ROR, Hépatite A)

Date :/...../..... Type de vaccin : | Date :/...../..... Type de vaccin :

Date :/...../..... Type de vaccin : | Date :/...../..... Type de vaccin :

Date :/...../..... Type de vaccin : | Date :/...../..... Type de vaccin :

Nom du médecin, cachet et signature :

Fait le :