

FICHE VACCINALE

A faire remplir et signer par le Médecin Traitant.

A remettre au secrétariat de l'IFMK lorsqu'elle est complète.

SOUS ENVELOPPE IMPERATIVEMENT car données médicales.

Date limite impérative de retour : jour de la rentrée

SSU – Site principal Dolet
25 rue Etienne Dolet
63037 CLERMONT-FERRAND
Du lundi au vendredi - 8h30 à 17h

SSU - Antenne de Vichy
Université Pôle Lardy
RDC, bureau 007
1 avenue des Célestins
63000 VICHY

Tél : 04.73.34.97.20
Fax : 04.73.34.97.29
Courriel : ssu@uca.fr

Tél : 04.70.30.83.78
Courriel :
angelique.troscinski@uca.fr

NOM Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Téléphone :	Courriel :

Vaccinations	DATES et NOMS COMMERCIAUX des vaccins successivement administrés			
DTP/DTCP : D Diphtérie T Tétanos P Polyomyélite C Coqueluche <div style="float: right; margin-right: 20px;"> OBLIGATOIRES RECOMMANDÉE </div>	<u>Date :</u>	<u>Date :</u>	<u>Date :</u>	Dernier rappel : <u>Date :</u>
	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>
Hépatite B OBLIGATOIRE	<u>Date :</u>	<u>Date :</u>	<u>Date :</u>	
	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>	
ROR RECOMMANDÉE (Rougeole, Oreillons, Rubéole)	<u>Date :</u>	<u>Date :</u>	<u>Date :</u>	
	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>	
Varicelle RECOMMANDÉE EN L'ABSENCE DE VARICELLE-MALADIE	Si maladie contractée, date :			

Sérologie Hépatite B	Date	Ac anti HBs	Ag HBs	Ac anti HBc	Commentaires
Pré-vaccinale RECOMMANDÉE ET DEMANDÉE PAR LE SSU					
Post-vaccinale (4 à 8 semaines après la fin du schéma vaccinal ou après le dernier rappel) OBLIGATOIRE			X	X	

Test intradermo-réaction à la tuberculine (IDR)	Date	Diamètre	Commentaires
Nom : OBLIGATOIRE (DE MOINS DE DEUX ANS)			

Nom du médecin :

Date et signature :