

FORMULAIRE STATUT VACCINAL

pour les étudiant·e·s en mobilité IN

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Email : _____

N° immatriculation : _____

Ce formulaire concernant votre statut vaccinal / immunitaire est à remplir par votre médecin traitant

	Contrôle	
Hépatite B	Dates vaccination : •• 1 ^{re} injection : ____ / ____ / _____ •• 2 ^e injection : ____ / ____ / _____ •• 3 ^e injection : ____ / ____ / _____ •• Injections supplémentaires : ◦ : ____ / ____ / _____ ◦ : ____ / ____ / _____ ◦ : ____ / ____ / _____	Dosage des anticorps anti-HBs Date : ____ / ____ / _____ Résultat : _____ UI/l
Rougeole, oreillons, rubéole	Vacciné-e avec 2 doses ou sérologie positive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Varicelle	Immunité naturelle ou vacciné-e avec 2 doses, ou sérologie positive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diphtérie, tétanos	Vaccination de base <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date dernier rappel : ____ / ____ / _____
Coqueluche	Vaccination de base <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date dernier rappel : ____ / ____ / _____
Poliomyélite	Vaccination de base <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<p>Tuberculose</p>	<p>Test sanguin TB gamma-Interféron (type test Elispot-Tspo-TB© ou test Quantiféron-TB©) :</p> <p>Négatif <i>o o</i> Positif <i>o o</i></p>	<p>Date : __ / __ / ____</p> <p>Si résultat positif, quelle suite a été donnée :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>COVID-19</p>	<p><input type="checkbox"/> primovaccination avec 2 doses</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p><input type="checkbox"/> Infection et vacciné avec une dose (ou 2 doses)</p> <p><input type="checkbox"/> dose de rappel</p>	<p>Nom du vaccin</p> <p>Date vaccin : __ / __ / ____ Date vaccin : __ / __ / ____</p> <p>Date infection : __ / __ / ____</p> <p>Nom du vaccin :</p> <p>Date vaccin : __ / __ / ____</p> <p>Nom du vaccin :</p> <p>Date vaccin : __ / __ / ____</p>

Joindre avec le formulaire « statut vaccinal » les documents suivants :

- Copie du carnet de vaccination
- Copie du résultat des anticorps anti-HBs
- Copie du résultat du test sanguin TB gamma-Interféron (type test Elispot-Tspo-TB© ou test Quantiféron-TB©) :

Date et tampon du médecin traitant / de la médecine du personnel du CHUV :

Ce protocole est à renvoyer à :

École de médecine
Bureau de l'enseignement
Rue Dr César-Roux 19
1005 Lausanne

Confidentialité des données : la Faculté de biologie et de médecine ainsi que l'Unité de la médecine du personnel et d'entreprise du CHUV garantissent la confidentialité de vos données personnelles. Elles ne seront ni diffusées ni utilisées par des tiers. Ces données seront conservées et archivées à la Médecine du personnel du CHUV. CLB/PAB/ 07.09.2021 / maj 20.09. 2022

Faculté de biologie et de médecine
École de médecine

