

# Centre Hospitalier du Mans

## Service Prévention et Santé au Travail

Docteur M. KERYHUEL – Docteur C. MARTIN

### VACCINATION & IMMUNISATION

Faire une photocopie des vaccins et maladies contagieuses de votre carnet de vaccination et une photocopie de la sérologie hépatite B, des IgG varicelle, du Quantiféron® , de la dernière vaccination grippe saisonnière et des injections Covid

**OU**

Remplir ce document

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Service :**

**TUBERCULOSE** date/résultat du dernier test tuberculinique  
ou du dernier Quantiféron® :

**DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE**

date/nom du dernier rappel :

### HEPATITE B

- Date de toutes les injections :
- Date/résultat des Anticorps anti-HBs :
- Si Ac antiHBs < 100 UI/l, date/résultat des Anticorps anti-HBc :

### ROUGEOLE

- Antécédents - date :
- Sérologie positive - date/résultat :
- Date/nom des vaccins :

### VARICELLE

- Antécédents - date :
- Sérologie positive - date/résultat :
- Date/nom des vaccins :

**GRIPPE SAISONNIERE** date de votre dernière vaccination :

### COVID

- Antécédents - date :
- Date/nom des vaccins :

**Envoyer au Service Prévention et Santé au Travail. Merci.**  
**Date et Signature**