

A QUOI SERT CE DOCUMENT ?



**Je me vaccine
et je garde
ce document
avec moi,**



**Il est le suivi de mes
vaccinations,
Il est confidentiel,**



**Il est utile dans tous les pays,
Il est important pour ma santé,**

**Il aide à favoriser
l'immunité collective,**



**Je me protège moi,
je protège les autres,
je contribue à la santé publique**



MES CONTACTS:

LA PASS

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et accès aux droits pour les patients en situation de précarité



L'OFFII

Office Français de l'Immigration et de l'Intégration



TRADUCTEUR en ligne



CARNET DE VACCINATION

créé le : _____

CONFIDENTIEL



Nom : _____

Prénom : _____



Nationalité : _____



Date de naissance (âge) : _____

Téléphone : _____



Mail : _____

Prochains rendez-vous :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Structure :

BILAN DE SANTÉ INITIAL DÉPISTAGE – SÉROLOGIE

 **Nom :** _____

Prénom : _____

Date de naissance (âge) : _____

	Date	Résultat*
Hépatite B :		
■ Dépistage systématique si provenance d'un pays de moyenne ou forte endémicité (en pré vaccinal) :		
Ag HBs	_____	☐ à Faire
Ac anti-HBs	_____	☐ à Faire
Ac anti-HBc	_____	☐ à Faire
Trod Ag HBs (à défaut)	_____	☐ à Faire
Tétanos :		
Ac antitétaniques	_____	_____
Tuberculose :		
Trace – cicatrice vaccinale BCG	_____	☐ Oui ☐ Non
Test IDR à tuberculine -Tubertest	_____	_____
Test Igra	_____	_____
Imagerie thoracique	_____	_____
Conclusion :	_____	☐ à Faire
Autres :		
Sérologie Varicelle	_____	☐ à Faire
Sérologie Hépatite A	_____	☐ à Faire
Sérologie VIH	_____	☐ à Faire
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Ne pas reporter les résultats des sérologies.

CERTIFICAT DE VACCINATION

Présentation document d'une vaccination antérieure : ☐ Oui ☐ Non



ROR			☐ À jour
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
DTP (+Coqueluche 1 ^{ère} injection)			☐ À jour
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
Méningocoque C			☐ À jour
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
Autre : BCG, Méningocoque B, Pneumocoque			☐ À jour
_____	_____	_____	
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

Hépatite A			☐ À jour
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
Hépatite B			☐ À jour
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
HPV			☐ À jour
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
Autre : Varicelle, Variole,			☐ À jour
_____	_____	_____	
N°Injection	Nom /N°Lot	Date et signature	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	