



Groupement Hospitalier
de Territoire *Nord-Ardenne*

☐ **Centre Hospitalier de Charleville-Mézières**

45 avenue de Manchester BP 10900
08011 Centre Hospitalier de Charleville-Mézières

☐ **Centre Hospitalier de Sedan**

2 avenue du Général Margueritte
CS 40903
08209 Sedan

FICHE de MEDECINE et SANTE au TRAVAIL

Vous allez prendre vos fonctions d'Interne au Centre Hospitalier de Charleville ou de Sedan. Nous vous y souhaitons un bon accueil et nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer les renseignements suivants :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : date de naissance :

Adresse :

n° de téléphone :

Vaccinations obligatoires :

1. **Vaccination contre le B.C.G.** (date et n° de lot)

Vaccination - 1^{ère} injection :

- injection complémentaire :

Le vaccin doit être contrôlé par un test tuberculinique. Le contrôle doit dater de moins de 3 mois (le résultat doit préciser la taille de l'induration en mm).

date de contrôle :

résultat :

2. **Vaccination obligatoire contre la diphtérie, le tétanos et la polyomyélite** (préciser le nom du vaccin, n° du lot et date des injections)

1^{ère} injection

Rappels

2^{ème} injection

.....

3^{ème} injection

.....

.....

3. Vaccination contre l'hépatite B :

le résultat du taux d'anticorps anti HBs et la date du dosage des anticorps doivent compléter l'attestation de vaccination

1^{ère} injection Rappels.....
2^{ème} injection
3^{ème} injection
Résultats du titrage d'anticorps anti HBs : date :

Renseignements complémentaires

- Vaccination contre la Rubéole, les Oreillons, la Rougeole

date :
Rappels :

- ATCD de Varicelle maladie OUI NON
- Vaccination contre l'Hépatite A OUI NON

si oui date et n° de lot

1^{ère} injection..... rappel.....

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus ».

Date
Signature