

## Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur : .....  
atteste que M. - Mlle - Mme : .....  
né(e) le : ..... ne présente pas d'affections ou de handicaps  
incompatibles avec la profession d'infirmier anesthésiste.

Signature : .....

### Vaccination par le BCG

Date(s) de(s) vaccination(s) par le BCG :

1<sup>er</sup> vaccination ..... 2<sup>ème</sup> vaccination .....

Vérification de l'immunisation par la réalisation d'une intradermoréaction à la tuberculine,  
(IDR) datant de **moins de 3 mois** :

Date : ..... Résultat : ..... N° de lots : .....

### Vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite et hépatite B

✓ Diphtérie - Tétanos - Polio :

	<i>1<sup>ère</sup> injection</i>	<i>2<sup>ème</sup> injection</i>	<i>3<sup>ème</sup> injection</i>
□ Dates : .....	.....	.....	.....
□ Rappels : .....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

✓ Hépatite B :

□ Dates : .....  
□ Rappels : .....  
□ Dosage anticorps anti HBs..... UI/l      Date : .....

Fait à .....

le .....

Signature : .....