



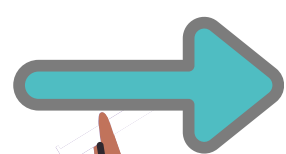
## INFORMATIONS À PRENDRE EN COMPTE CONCERNANT VOTRE FICHE VACCINALE

Madame, Monsieur,

Vous êtes **étudiant·e à l'IFMKNF**.

Aussi, nous vous transmettons une **fiche vaccinale confidentielle** et vous demandons de :

- ✓ Remplir lisiblement en lettres majuscules : vos NOM et PRÉNOM
- ✓ Prendre rendez-vous avec votre **médecin traitant**, ou avec un **médecin du service universitaire de santé étudiante (SSE)**, afin qu'il complète la partie vaccinale, la signe et appose son tampon.
- ✓ Réaliser une **sérologie hépatite B** (Ac anti-HBs et Ac anti-HBc), si vous n'en avez pas.
- ✓ Vous rendre à votre **bilan de santé obligatoire** réalisé par une infirmière du SSE du campus Moulins-Lille : **vous recevrez une convocation individuelle du SSE, par mail** (émanant de l'adresse : [sante-etu-moulins@univ-lille.fr](mailto:sante-etu-moulins@univ-lille.fr)) sur votre adresse universitaire.
- ✓ Remettre votre fiche complétée et signée, à l'infirmière lors du bilan de santé obligatoire, avec :
  - ✓ les **résultats de la sérologie hépatite B** (Ac anti-HBs et Ac anti-HBc), agrafés (**document obligatoire**)
  - ✓ l'**autorisation parentale** complétée et signée pour les étudiant·es mineur·es.
- ✓ **ATTENTION** : si la fiche vaccinale n'est **pas complétée, signée et validée** par le SSE durant l'année universitaire 2026-2027, **l'accès en stage pourra vous être refusé.**



Retrouvez votre fiche vaccinale à la suite de cette note d'informations.

En vous remerciant,  
Cordialement.

**Le service universitaire de santé étudiante de l'Université de Lille**

Contacts du SSE : 03 62 26 93 00 (choix 2) / [sse@univ-lille.fr](mailto:sse@univ-lille.fr)



# FICHE VACCINALE : IFMKNF

année universitaire 2026-2027

N° étudiant : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... pays de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

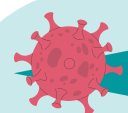
n° tél. portable de l'étudiant : (+.....) ..... / ..... / ..... / ..... / ..... (indispensable afin de vous contacter en urgence durant votre stage)



Pour effectuer vos stages en milieu hospitalier, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) ou immunisé(e) contre différents risques infectieux.

Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à débiter votre stage.

## VACCINATIONS OBLIGATOIRES :



### Hépatite B : vaccination + résultats de sérologie à joindre en copie

#### Rappel des conditions d'immunisation :

- Ac anti-HBs sup à 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- Ou Ac anti-HBs sup à 10 UI/l ET Ac-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

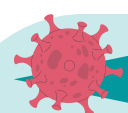
#### Les différents schémas complets valides :

- Soit schéma classique, quel que soit l'âge de réalisation (3 doses du vaccin correspondant à l'âge d'injection) : 2 doses à un mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose.
  - Soit vaccination entre 11 et 15 ans avec 2 doses d'un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg espacées de 6 mois
  - Attention : si Anticorps anti-HBs < 10 suite à un schéma vaccinal complet : il n'est PAS NÉCESSAIRE de refaire un schéma COMPLET mais seulement UNE DOSE (puis nouvelle sérologie)
- Si vaccination récente ou dose supplémentaire, la sérologie de contrôle doit être réalisée 4 à 6 semaines minimum après la dernière dose.

En cours de vaccination : ☐ OUI

|                                                     | Spécialité vaccinale | Date |
|-----------------------------------------------------|----------------------|------|
| Première dose                                       |                      |      |
| Deuxième dose                                       |                      |      |
| Troisième dose                                      |                      |      |
| Injections supplémentaires si Ac anti-HBs < 10 UI/l |                      |      |
| Quatrième dose                                      |                      |      |
| si Ac anti-HBs < 10 UI/l                            |                      |      |
| Cinquième dose                                      |                      |      |
| si Ac anti-HBs < 10 UI/l                            |                      |      |
| Sixième dose                                        |                      |      |
| si Ac anti-HBs < 10 UI/l                            |                      |      |

Ne pas dépasser un total de 6 doses.



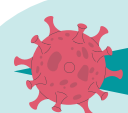
### Diphtérie/Tétanos/Polio (dTP)

Primo-vaccination de la petite enfance réalisée (et au moins un rappel à 6/11 ans) :

OUI ☐

NON ☐

Date du dernier rappel : ..... / ..... / ..... Nom de la spécialité vaccinale : .....



### Rougeole

2 doses obligatoires quels que soient les antécédents.  
3ème dose recommandée si la 1ère a été réalisée avant l'âge de 12 mois.

|                                       | Spécialité vaccinale | Date |
|---------------------------------------|----------------------|------|
| Première dose                         |                      |      |
| Deuxième dose                         |                      |      |
| Si 1ère dose réalisée avant 12 mois : |                      |      |
| Troisième dose                        |                      |      |

Je soussigné(e) Dr .....  
Certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : ..... / ..... / .....  
Signature et cachet du praticien :

suite au verso, merci de tourner la page

## VACCINATIONS RECOMMANDÉES :



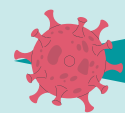
### Varicelle :

Si pas d'antécédents de la maladie, 2 doses espacées de 4 à 8 semaines.



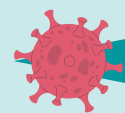
### Méningocoque ACYW / B

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans révolus.



### Coqueluche :

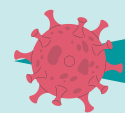
Une dose recommandée dans les 5 dernières années



### COVID :

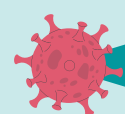
3 situations d'immunisation (vaccin ou infection, dont au moins un vaccin) ou selon les recommandations en vigueur.

<https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/je-suis-un-professionnel-de-sante-du-medico-social-et-du-social/>



### Grippe :

une dose annuelle.



### Tuberculose :

Vaccination non obligatoire depuis 2019  
Intradermoréaction (ou IGRA/Quantiféron) recommandée pour les étudiant·es originaires de zones endémiques ou de forte circulation.

#### Si réalisé :

Date de réalisation de l'IDR (intradermoréaction) : ..... / ..... / .....  
ou IGRA

Date de lecture de l'IDR à 72h : ..... / ..... / .....

Taille de l'induration (et non de la rougeur), en mm, obligatoire : ..... mm

ou résultat test IGRA : ..... (à joindre à la fiche vaccinale)

**Vaccin BCG** (Suspension de l'obligation vaccinale en 2019)

☐

OUI (date : ..... / ..... / .....)

☐

NON

#### Textes de référence consultables :

- Articles L.3111-1et L.3111-4 et L.3112-1 du code de santé publique
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées par l'art L.3111-4.
- Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B.
- Calendrier vaccinal en vigueur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
- Actualisation des recommandations et obligations vaccinales des professionnels, HAS juillet 2023 et juillet 2024.



Pour toute question relative à vos obligations vaccinales, n'hésitez pas à contacter :

- le Service universitaire de santé étudiante (SSE) par téléphone au 03.62.26.93.00 ou de préférence par courriel à : [sse@univ-lille.fr](mailto:sse@univ-lille.fr)



**Document à remettre à l'infirmière lors du bilan de santé obligatoire lors de l'année 2026-2027, avec les résultats de la sérologie hépatite B, agrafés.**