

Annexe au Contrat d'Apprentissage

Etat de vaccinations des apprenti(e)s Assistant(e)s Médical(e)s & Assistant(e)s Dentaires

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse : Localité :

La profession que vous avez choisie vous mettra en contact régulier avec des patients. De ce fait, vous courrez le risque de contracter ou de transmettre certaines affections pour lesquelles il est possible de se prémunir.

Votre futur maître d'apprentissage vous a informé-e sur les risques d'accidents et d'atteinte à la santé inhérents à votre profession. Il vous a expliqué les recommandations de sécurité, notamment au niveau de la vaccination.

Vaccinations

Les vaccinations suivantes sont demandées et recommandées :

- **Hépatite B** (3 doses et documentations de la réponse par l'anticorps HBs > 100 U/L 1 à 2 mois après la 3^{ème} dose).
- **Diphthérie-Tétanos** : 3 doses de base ou rappel tous les 10 ans.
- **Varicelle** : (anamnèse ou sérologie positive, sinon vaccin, 2 doses)
- **Rougeole** (sérologie positive ou 2 doses de vaccin, l'anamnèse n'est pas considérée comme fiable pour la rougeole).

Le Mantoux (ou plutôt le test sanguin de l'interféron gamma, *Quantiféron ou T-spot TB*) n'est à documenter systématiquement et périodiquement que pour les personnes à relativement haut risque de contact avec des patients tuberculeux, soit dans les services ou cabinet médicaux qui prennent en charge un nombre significatif de ces patients.

Prenez rendez-vous chez votre médecin traitant muni-e de votre carnet de vaccinations afin qu'il puisse compléter ce document et y apposer sa signature.

Je suis correctement vacciné-e et ai subi les rappels suivants :

Hépatite B

DiTe

Varicelle

Rougeole

Je m'engage à effectuer les vaccins ou rappels suivants :

Hépatite B

DiTe

Varicelle

Rougeole

Je m'engage à effectuer la sérologie pour

Hépatite B

Varicelle

Rougeole

En pleine conscience de ma responsabilité, je refuse les vaccinations et tests recommandés au début de la formation et, donc, j'assume les conséquences lors d'une éventuelle contamination professionnelle.

Lieu et date :

Les parents, le représentant
légal ou l'apprenti(e) majeur(e)

Le médecin traitant
(timbre & signature)

Le maître d'apprentissage
(timbre & signature)