



**Carnet de  
vaccination et  
dépistage**  
Adolescents et adultes

NOM .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....  
.....

TÉLÉPHONE .....

E-MAIL .....

En cas de perte, merci de bien vouloir retourner ce carnet à l'adresse indiquée ou de prévenir par téléphone au numéro ci-dessus.

## Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite +/- Coqueluche

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Diphtérie - Tétanos - Polio +/- Coqueluche					
Dosage anticorps antitétanique		Résultats :	CAT :		
Diphtérie - Tétanos - Polio +/- Coqueluche					
Diphtérie - Tétanos - Polio +/- Coqueluche					
Diphtérie - Tétanos - Polio +/- Coqueluche					
Diphtérie - Tétanos - Polio +/- Coqueluche					
Diphtérie - Tétanos - Polio +/- Coqueluche					

\*S.I. : Site d'Injection

## Rougeole - Oreillons - Rubéole

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Rougeole Oreillons Rubéole			1 <sup>ère</sup> dose pour les non-vaccinés nés depuis 1980		
Rougeole Oreillons Rubéole			2 <sup>ème</sup> dose (pour ceux qui n'ont reçu qu'une seule dose auparavant)		
Rougeole Oreillons Rubéole			3 <sup>ème</sup> dose (si nécessaire)		

## Méningites

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Méningite C			Jusqu'à l'âge de 24 ans inclus si non vaccinés		
Méningite					

\*S.I. : Site d'Injection

## HPV\*

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
HPV			1 <sup>ère</sup> dose – de 11 à 14 ans (rattrapage possible jusqu'à 19 inclus)		
HPV			2 <sup>ème</sup> dose		
HPV			3 <sup>ème</sup> dose		

\*S.I. : Site d'Injection

*\*HPV : Infection à Papillomavirus humain = 2 ou 3 doses en fonction de l'âge.*

# Hépatite B

Date :		Sérologie VHB : Ag HBs	RESULTAT :		
		Anticorps anti-HBs	RESULTAT :		
		Anticorps anti-HBc	RESULTAT :		
VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Hépatite B			1 <sup>ère</sup> dose -11 à <16 ans si non vaccinés (2 doses adulte M0, M6) ou 3 doses enfants (M0, M1 et M6) -A partir de 16 ans en cas de risque d'exposition (3 doses M0, M1, M6)		
Hépatite B			2 <sup>ème</sup> dose		
Hépatite B			3 <sup>ème</sup> dose		
DOSAGE anticorps anti-HBs		DATE	RESULTAT		SIGNATURE et CACHET
VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT		SIGNATURE et CACHET
Hépatite B			4 <sup>ème</sup> dose		
DOSAGE anticorps anti-HBs		DATE	RESULTAT		SIGNATURE et CACHET
VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT		SIGNATURE et CACHET
Hépatite B			5 <sup>ème</sup> dose		
DOSAGE anticorps anti-HBs		DATE	RESULTAT		SIGNATURE et CACHET
VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT		SIGNATURE et CACHET
Hépatite B			6 <sup>ème</sup> dose		
DOSAGE anticorps anti-HBs		DATE	RESULTAT		SIGNATURE et CACHET

## Zona

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Zona			1 dose chez les personnes âgées de 65 à 74 ans inclus		

## Grippe

- Personnes de 65 ans et plus.
- Personnes souffrant de certaines affections de longue durée (ALD) quel que soit l'âge.
- Entourage de nourrissons fragilisés de moins de 6 mois.
- Femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse.
- Autres personnes à risques en fonction des recommandations annuelles.

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Grippe					
Grippe					
Grippe					

\*S.I. : Site d'Injection

# Grippe

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET
Grippe					
Grippe					
Grippe					
Grippe					
Grippe					
Grippe					
Grippe					

*\*S.I. : Site d'Injection*

## Autres vaccinations

VACCIN	DATE	NOM du VACCIN	NUMERO du LOT	*S.I.	SIGNATURE et CACHET

\*S.I. : Site d'Injection



# Vaccination BCG

<p><i>Conformément aux recommandations vaccinales, la vaccination BCG des enfants (âge &lt; 15 ans) est recommandée dans les situations à risque décrites ci-dessous :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● enfant né dans un pays de forte endémie;</li> <li>● enfant ayant un antécédent familial de tuberculose;</li> <li>● enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays;</li> <li>● enfant devant séjourner au moins 1 mois d'affilée dans l'un de ces pays;</li> <li>● enfant résidant en Ile-de-France, en Guyane ou à Mayotte;</li> <li>● enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux.</li> </ul> <p><i>Antériorités vaccinales :</i>  <i>Cicatrice vaccinale : <input type="checkbox"/> NON    <input type="checkbox"/> OUI</i>  <i>Lieu cicatrice : .....</i>  <i>Documentée : <input type="checkbox"/> NON    <input type="checkbox"/> OUI</i>  <i>Date(s) de vaccination : .././...., .././...., .././....</i></p>	IDR Pré-vaccinale à la tuberculine	Date	Lot	Date de lecture	Résultat (en mm d'induration)	Signature et Cachet	
	VACCIN	Date	Site d'injection	Numéro du lot		Signature et Cachet	
			1 dose				

# Dépistage de l'infection tuberculeuse

Précaution d'emploi : - Risque de "faux négatif" si IDR réalisée dans les 4 à 6 semaines après l'injection d'un vaccin vivant atténué (ROR, fièvre jaune, varicelle, zona, infection à rotavirus, hormis le BCG).

- Pas d'IDR en cas d'infection virale.

Pas d'IDR en cas d'antécédent de TB ou une réaction > 15 mm.

**Tubertest® 5UI : Lecture à 72 heures. Résultat : diamètre de l'induration uniquement et en mm.**

*E ou D	Type de test IDR ou IGRA**	Date de réalisation	Lot et date de péremption	Date de lecture	Résultat quantitatif	Signature et Cachet

\*"E" pour Enquête autour d'un cas de tuberculose ou "D" pour Dépistage chez un sujet à risque.

\*\* Tests de détection de l'interféron gamma.





