

RELEVÉ DE L'ÉTAT IMMUNITAIRE

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/an ____/mois ____/jour Sexe : F M

Les renseignements contenus dans ce relevé sont confidentiels

Diptérie, coqueluche, tétanos, polio				Influenza				
Type	an	mois	jour	Type	an	mois	jour	
Poliomyélite				Autres produits immunisants				
Type	an	mois	jour	Type	an	mois	jour	Résultat
Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle				Sérologie ou TCT				
Type	an	mois	jour	Type	an	mois	jour	Résultat
Hépatite B				Antécédents de maladies infectieuses (Inscrire la date de début de la maladie)				
Type	an	mois	jour	Type	an	mois	jour	

Signature du professionnel : _____ Date : _____

Nom de l'établissement : _____