

**Notice d'information à l'attention
du/de la médecin traitant de
l'étudiant-e**

Protection vaccinale des étudiants-es - Formation d'Ambulancier-ère diplômé-e ES

Madame, Monsieur,

Les étudiants-es entrant en formation à l'ES ASUR **doivent impérativement** être vaccinés-es conformément aux directives et recommandations en vigueur élaborées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) applicables au personnel de santé.

La protection vaccinale est définie par catégorie de personnel. Elle se décline sous forme d'immunité et de vaccinations exigées/recommandées selon le tableau en page 2.

Aussi, nous vous invitons à faire un point de situation vaccinale avec l'étudiant-e et, si nécessaire, compléter la vaccination pour être conforme aux exigences requises pour le début de la formation.

Pour ce faire, veuillez trouver dans les pages suivantes :

- Le tableau des vaccinations exigées/recommandées pour la formation à l'ES ASUR - **à compléter**
- Un certificat immunitaire - **à compléter**

Nous vous remercions pour votre collaboration.

**VACCINATIONS ET IMMUNITES EXIGÉES/RECOMMANDÉES
POUR LA FORMATION A L'ES ASUR**
En référence aux exigences de l'OFSP pour le personnel de santé

Nom et prénom de l'étudiant-e : _____

MALADIE	A COCHER	IMMUNITÉ ACQUISE SI
Rougeole (exigé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Oreillon (exigé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Rubéole (exigé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Varicelle (exigé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
Diphtérie – Tétanos (exigé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 doses de vaccin (3 doses de vaccin si effectué après l'âge de 6 ans) et dernier rappel datant de moins de 10 ans, dernière dose faite le : _____
Coqueluche (exigé)	<input type="checkbox"/>	1 dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche datant de moins de 10 ans, dernière dose faite le : _____
Poliomyélite (exigé)	<input type="checkbox"/>	4 doses de vaccin et un rappel tous les 10 ans, dernière dose faite le : _____
Hépatite B (exigé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	≥ 3 doses (ou 2 doses si 1 ^{ère} dose Engerix B20 / HBVAXPRO 10 / Gen HB-VAX 10 entre 11 et 16 ans) et sérologie Anti-HBs Ig ≥ 100 UI, taux d'anticorps : _____ ou ancienne hépatite B guérie (confirmée par sérologie) Si taux d'anticorps < 100 UI : refaire 1 dose de vaccin, jusqu'à 6 doses maximum
* Hépatite A (recommandé)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 doses de vaccin ou sérologie positive ou antécédents certains de maladie
* Covid-19 (recommandé)	<input type="checkbox"/>	Nombre de doses reçues : _____

*** Certaines vaccinations sont recommandées et non exigées en fonction des services dans lesquels les étudiants vont en stage.**

Date :

Timbre et signature du/de la médecin :

CERTIFICAT IMMUNITAIRE

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Né-e le :

Le/la médecin soussigné-e certifie que l'étudiant-e mentionné-e ci-dessus répond aux critères vaccinaux et immunitaires exigés selon la directive ci-jointe de l'ES ASUR, basée sur les recommandations de l'OFSP pour le personnel de santé.

Date :

Timbre et signature du/de la médecin :