

## CENTRE MEDICAL DE PREVENTION

# Questionnaire médical –Vaccinations

**Cette fiche de renseignements est à remettre le jour de la visite médicale.**

Dr Martine AUGUSTIN-BOURGEOIS médecin – Mme Françoise COUPPIE infirmière

Les réponses à ce questionnaire sont strictement couvertes par le secret médical.

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
Date et lieu de naissance : ..... N° tél port : .....	
Année d'arrivée à l'Ecole des Ponts=.....	
<b>Cursus</b> = Ingénieur 1 <sup>ère</sup> année <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> année <input type="checkbox"/> Master pro / spé <input type="checkbox"/>	
Département ou spécialité (à partir de la 2 <sup>ème</sup> année) : .....	
Etablissement fréquenté l'année précédente (Lycée, Université ou Ecole) : .....	
Pays d'origine pour les élèves internationaux = .....	
<b>Résidence</b> = Meunier <input type="checkbox"/> Peronnet <input type="checkbox"/> Montesquieux <input type="checkbox"/> Campusea <input type="checkbox"/>	
Maison des Mines et des Ponts <input type="checkbox"/> Autre : ..... N° de chambre =.....	
Autre adresse = .....	
Adresse familiale ou personne à prévenir en cas de nécessité= .....	
Nom et coordonnées du médecin traitant = .....	

- Etes-vous porteur d'une pathologie chronique nécessitant un suivi médical rapproché ? Si oui précisez :  
.....
- Présentez- vous des allergies ? (si oui, précisez)
  - A des médicaments : .....
  - A des aliments : .....
  - Autres : .....
- Prenez-vous un traitement médicamenteux régulier ? si oui lequel =  
.....
- Avez-vous un problème de santé ou un handicap qui nécessiterait un aménagement de votre scolarité (merci de préciser) :  
.....

**Merci de remplir très soigneusement le carnet de vaccination au dos** 

## CENTRE MEDICAL DE PREVENTION

### Questionnaire médical –Vaccinations

*Pour savoir si vous êtes à jour vous pouvez créer votre carnet vaccinal électronique sur : [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net), il vous suivra et les rappels à faire vous seront notifiés.*

Diphtérie-Tétanos-Polio dTP	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio dTcaP
Dernier rappel (date et nom du vaccin) =	Dernier rappel (date et nom du vaccin) =
<i>Recommandations = rappel de vaccination dTcaP à 11 ans puis 25 ans ,45 ans, 65 ans</i>	

Hépatite B (date et nom du vaccin)		
1 <sup>ère</sup> injection =	2 <sup>ème</sup> injection =	3 <sup>ème</sup> injection (rappel)=
Si une sérologie a été réalisée, date et résultats = AC anti-HbS =                      UI/L                      le =		

Rougeole-Oreillons-Rubéole (Date et nom du vaccin)	
1 <sup>ère</sup> injection =	2 <sup>ème</sup> injection =
<i>Recommandations = deux injections au total</i>	

Méningite
Date et nom du vaccin=
<i>Recommandations = une injection unique d'un vaccin contre le méningocoque c à faire jusqu'à l'âge de 24 ans inclus</i>

TUBERCULOSE	Test Tuberculinique
<b>BCG le :</b> Mode de vaccination = <input type="checkbox"/> Monovax <input type="checkbox"/> Intra Dermique <input type="checkbox"/> Scarification  Si une <b>radiographie des poumons</b> a été réalisée récemment (moins de 3 mois) Radiographie des poumons le = (Merci de joindre la photocopie du compte-rendu)	<input type="checkbox"/> Monotest <input type="checkbox"/> Intradermoréaction ou Tubertest  Date = Résultat en mm=
<i>Recommandations = plus d'obligation de revaccination</i>	

*Certifié sincère et véritable, le :*

*Signature :*