Objet : Vaccinations obligatoires pour la poursuite d'étude des étudiants du PASS et des LaS en 2ème année de médecine, pharmacie, maïeutique, odontologie, et kinésithérapie.

Madame, Monsieur,

Conformément au code de la Santé Publique, les étudiants des filières de santé citées en objet doivent répondre à un certain nombre d'obligations vaccinales.

Aussi, il vous appartient de contacter, **dès maintenant** et sans attendre les résultats du concours, votre médecin pour vérifier que vous êtes à jour vis-à-vis des vaccinations **obligatoires** suivantes (et procéder à la mise à jour le cas échéant) :

- **Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)**
- **Hépatite B**

Par ailleurs, il est recommandé pour les professionnels de santé, un test tuberculinique de référence par une intradermoréaction à la tuberculine (IDR) (en mm) (ou un test IGRA) datant de moins d'un an (celle de l'année précédente étant de principe acceptée)

Afin d'attester de votre conformité aux obligations vaccinales, le certificat médical suivant devra être déposé sur votre espace personnel à partir de Janvier 2027 et avant le 30 Avril 2027 pour les PASS et courant Avril 2027(suite à la candidature) pour les LAS.

Tout manquement aux obligations vaccinales vous expose à l'impossibilité de participer aux stages indispensables à la poursuite de vos études et à la perte du bénéfice de vos résultats du PASS ou de LAS.

Nous vous invitons à faire le nécessaire dès maintenant compte tenu des pénuries de vaccin qui se produisent parfois.

Nous vous adressons tous nos vœux de réussite pour cette année universitaire.

Adresse pour toute question : centre-de-sante.suivipaces@univ-grenoble-alpes.fr

Pour le Centre de Santé Inter-Universitaire, Univ. Grenoble Alpes, Dr Marie-Hélène Schmidt

Pour le service de santé au travail du CHUGA, Pr Vincent Bonneterre, Dr Gérald Gandon

Pour les UFR de Médecine et de Pharmacie, Univ. Grenoble Alpes, Pr José Labarère

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Dr ……., certifie que

M., Mme ……., né(e) le……../……./…….

☐ **a bénéficié des vaccinations OBLIGATOIRES conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation pour les professionnels de santé** (réf : calendrier vaccinal 2027) **:**

- **est à jour de la vaccination DTP**
- **a présenté un schéma complet de vaccination contre l'HEPATITE B[1]**

☐ **a fait la preuve d'une immunisation contre l'hépatite B (attestation d'un résultat, même ancien, montrant des AC anti-HBs> 100 UI/l, ou d'une vaccination menée à terme avec sérologie montrant des AC anti-HBs≥10 Ui/l avec AC anti-HBc non détectés) (cf calendrier vaccinal 2027).**

OU

est **non répondeur(se)** à la vaccination (Si après le protocole des 6 injections, la sérologie est toujours négative)

OU

est **immunisé**(e) contre l'hépatite B par la maladie

☐ **a bénéficié d'un Tubertest de référence (ou d'un test IGRA) et est indemne de maladie tuberculeuse[2]**

Fait à : ……, Le : ……..

Signature et cachet obligatoires :

[1] Schéma classique : 2 injections à un mois d'intervalle, puis une injection à T0+6 mois, suivie d'un contrôle sérologique attestant de la réalité de l'immunisation. Pour mémoire, le contrôle sérologique sera réalisé au minimum un mois après la dernière injection vaccinale. Si la sérologie est < 10 UI/l, alors une nouvelle vaccination et un contrôle sérologique seront réalisés (jusqu'à 6 injections au total). (ref calendrier vaccinal 2024, tableau 4.8, p88)

[2] L'alternative possible à l'IDR est un test sanguin immunologique non remboursé (test IGRA tel que Quantiféron ou Elispot).