

A. Enregistrement des amendements

Amdt		Date	Objet de la modification	Par
N°	Date	Effectivité		
01	27/08/21	27/08/21	Version 0	AJFL
02	05/05/25	05/05/25	Modification de la codification et insertion du logo	AJFL

B. Liste de références

N°	Désignation du document
01	Manuel des politiques et des procédures d'enquêtes (MAN-OPS-01)
02	Manuel d'organisation (MAN-ORG-01)

C. Liste de diffusion

N°	Destinataire	Type de diffusion
01	Directeur	Papier /Électronique
02	Département des investigations et des analyses	Électronique
03	Département administratif, juridique, financier et logistique	Électronique
04	Département des relations publiques	Électronique
05	Personnel / Enquêteur	Électronique

Nom (s) et Prénom(s)	
Numéro de téléphone	

MEDECIN :

Veuillez indiquer l'aptitude médicale du patient à recevoir le(s) vaccin(s) _____

en cochant l'une des cases suivantes :

VACCIN(S) CONTRE INDIQUE(S)	APTE A SE FAIRE VACCINER
Observations générales :	

Signature du Médecin

Date

PERSONNEL :

Hépatite A			Hépatite B		
1 ^{ère} _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ^{ère} _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ^{ème} _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			3 ^{ème} _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Variole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méningocoque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choléra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio (VPI ou VPO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fièvre jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos (Td)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ACCEPTÉ DE RECEVOIR LE (S) VACCIN(S) _____.

Je comprends qu'en raison de mon exposition professionnelle au sang ou à d'autres matières potentiellement infectieuses, je risque de contracter certaines infections. Par le présent, j'accepte d'être vacciné(e) avec le(s) vaccin(s) approprié(s) et autorise le BEA à accéder à ce formulaire renseigné.

Signature du personnel

Date