

## Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse de la Mayenne

### CARNET de VACCINATION et DEPISTAGE

**Journée des CLATs**  
**Jeudi 15 décembre 2016**

*Chantal MERIENNE – Marie BRIZARD*

## En attendant le carnet électronique...



NOM .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....

TÉLÉPHONE .....

E-MAIL .....

En cas de perte, merci de bien vouloir retourner ce carnet à l'adresse indiquée ou de prévenir par téléphone au numéro ci-dessus.

Nous n'avons pas de document spécifique de traçabilité du dépistage de la tuberculose.

Carnet utilisé pour :

- **dépistages systématiques** des personnes vulnérables
- **enquêtes réalisées** par le CLAT, nous utilisons ce support comme trace de dépistage pour la personne concernée.

Les avantages du carnet :

- **Format adapté.**
- **Carnet connu** d'un grand nombre de professionnels.

Pas d'uniformisation nationale.

# ETAPES DE NOTRE REFLEXION

- ▶ Proposition aux CLATs Pays de Loire d'un carton de dépistage pour les CLATs :
  - peu judicieux car multiplication des documents de traçabilité.
- ▶ Proposition de partir du carnet de l'INPES existant afin d'utiliser un document unique pour les CVP, CeGIDD, CLAT et PASS...
- ▶ Présentation de la maquette au réseau des CLATs en juin dernier.
- ▶ Sondage auprès des CLATs au cours de l'été afin de recueillir les suggestions.
- ▶ Présentation ce jour.

# PROPOSITION D'UN NOUVEAU TITRE



NOM .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....

TÉLÉPHONE .....

E-MAIL .....

En cas de perte, merci de bien vouloir retourner ce carnet à l'adresse indiquée ou de prévenir par téléphone au numéro ci-dessus.

# Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite +/- Coqueluche



| VACCIN  | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT | SIGNATURE et CACHET |
|---|------|---------------|---------------|---------------------|
| Diphtérie - Tétanos - Polio<br>+/- Coqueluche |      |               |               |                     |
| Diphtérie - Tétanos - Polio<br>+/- Coqueluche |      |               |               |                     |
| Diphtérie - Tétanos - Polio<br>+/- Coqueluche |      |               |               |                     |
| Diphtérie - Tétanos - Polio<br>+/- Coqueluche |      |               |               |                     |
| Diphtérie - Tétanos - Polio<br>+/- Coqueluche |      |               |               |                     |
| Diphtérie - Tétanos - Polio<br>+/- Coqueluche |      |               |               |                     |



## Rougeole - Oreillons - Rubéole

| VACCIN                           | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT  | SIGNATURE et CACHET |
|----------------------------------|------|---------------|--|---------------------|
| Rougeole<br>Oreillons<br>Rubéole |      |               | 1 <sup>re</sup> dose<br>pour les non-vaccinés<br>nés depuis 1980                       |                     |
| Rougeole<br>Oreillons<br>Rubéole |      |               | 2 <sup>ème</sup> dose<br>(pour ceux qui n'ont<br>reçu qu'une seule<br>dose auparavant) |                     |
| Rougeole<br>Oreillons<br>Rubéole |      |               | 3 <sup>ème</sup> dose<br>(si nécessaire)   |                     |

## Méningites

| VACCIN      | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT  | SIGNATURE et CACHET |
|-------------|------|---------------|--|---------------------|
| Méningite C |      |               | Jusqu'à l'âge de<br>24 ans inclus si<br>non vaccinés |                     |
| Méningite   |      |               |  |                     |



# HPV\*

| VACCIN | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT   | SIGNATURE et CACHET |
|--------|------|---------------|---|---------------------|
| HPV    |      |               | 1 <sup>re</sup> dose - pour les filles de 11 à 14 ans (rattrapage possible jusqu'à 19 inclus) |                     |
| HPV    |      |               | 2 <sup>ème</sup> dose   |                     |
| HPV    |      |               | 3 <sup>ème</sup> dose   |                     |

\* Infection à Papillomavirus humain = 2 ou 3 doses en fonction du vaccin utilisé et de l'âge de la jeune fille.

# Hépatite B

| VACCIN                    | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT   | SIGNATURE et CACHET |
|---------------------------|------|---------------|---|---------------------|
| Hépatite B                |      |               | 1 <sup>ère</sup> dose<br>- 11 à 15 ans et non vaccinée (2 doses MO - MS)<br>- Exposé au risque quel que soit l'âge<br>- A partir de 16 ans et risque (2 doses MO - M1 - MS) |                     |
| Hépatite B                |      |               | 2 <sup>ème</sup> dose   |                     |
| Hépatite B                |      |               | 3 <sup>ème</sup> dose   |                     |
| DOSAGE anticorps anti-HBs | DATE | RESULTAT      | CONDUITE A TENIR  | SIGNATURE et CACHET |
|                           |      |               |   |                     |
| VACCIN                    | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT   | SIGNATURE et CACHET |
| Hépatite B                |      |               | 4 <sup>ème</sup> dose   |                     |
| Hépatite B                |      |               | 5 <sup>ème</sup> dose   |                     |
| Hépatite B                |      |               | 6 <sup>ème</sup> dose   |                     |

# Grippe

- Personnes de 65 ans et plus.
- Personnes souffrant de certaines affections de longue durée (ALD) quel que soit l'âge.
- Entourage de nourrissons fragilisés de moins de 6 mois.
- Femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse.
- Autres personnes à risques en fonction des recommandations annuelles.

| VACCIN | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT | SIGNATURE et CACHET |
|--------|------|---------------|---------------|---------------------|
| Grippe |      |               |               |                     |

# Grippe

| VACCIN | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT | SIGNATURE et CACHET |
|--------|------|---------------|---------------|---------------------|
| Grippe |      |               |               |                     |

## Autres vaccinations

| VACCIN | DATE | NOM du VACCIN | NUMERO du LOT | SIGNATURE et CACHET |
|--------|------|---------------|---------------|---------------------|
|        |      |               |               |                     |
|        |      |               |               |                     |
|        |      |               |               |                     |
|        |      |               |               |                     |
|        |      |               |               |                     |
|        |      |               |               |                     |

# Vaccination BCG

La vaccination BCG des enfants (âge < 15 ans) est recommandée dans les situations à risque décrites ci-dessous, et prioritairement pour les enfants âgés de moins de 5 ans (risque de tuberculose grave).

- enfant né dans un pays de forte endémie;
- enfant ayant un antécédent familial de tuberculose;

- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays; (cf. recommandation vaccinale HCSP).
- enfant devant séjourner au moins 1 mois d'affilée dans l'un de ces pays;
- enfant résidant en Ile-de-France, en Guyane ou à Mayotte;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux\*

| IDR Pré-vaccinale à la tuberculine | Date | Lot et date de péremption |                  | Date de lecture | Résultat (en mm d'induration) | Signature et Cachet |
|------------------------------------|------|---------------------------|------------------|-----------------|-------------------------------|---------------------|
|                                    |      |                           |                  |                 |                               |                     |
| VACCIN                             | Date | Nom du vaccin             | Site d'injection | Numéro du lot   |                               | Signature et Cachet |
|                                    |      |                           |                  |                 |                               |                     |

# Dépistage de la Tuberculose

*Tests Immunologiques : un vaccin vivant atténué dans les 4 à 6 semaines est une contre-indication à la réalisation de l'IDR au risque d'avoir des "faux négatifs" (ROR, fièvre jaune et typhoïde, hormis le BCG).*

*Tubertest® 5 UI : Lecture 72 heures après l'injection. Résultat en mm, diamètre de l'induration uniquement.*

| Type de test ;<br>IDR ou IGRA | Date de<br>réalisation | Lot et date de<br>péremption | Trace<br>vaccinale | Date de<br>lecture | Résultat | Signature et Cachet |
|-------------------------------|------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|----------|---------------------|
|                               |                        |                              |                    |                    |          |                     |
|                               |                        |                              |                    |                    |          |                     |
|                               |                        |                              |                    |                    |          |                     |
|                               |                        |                              |                    |                    |          |                     |

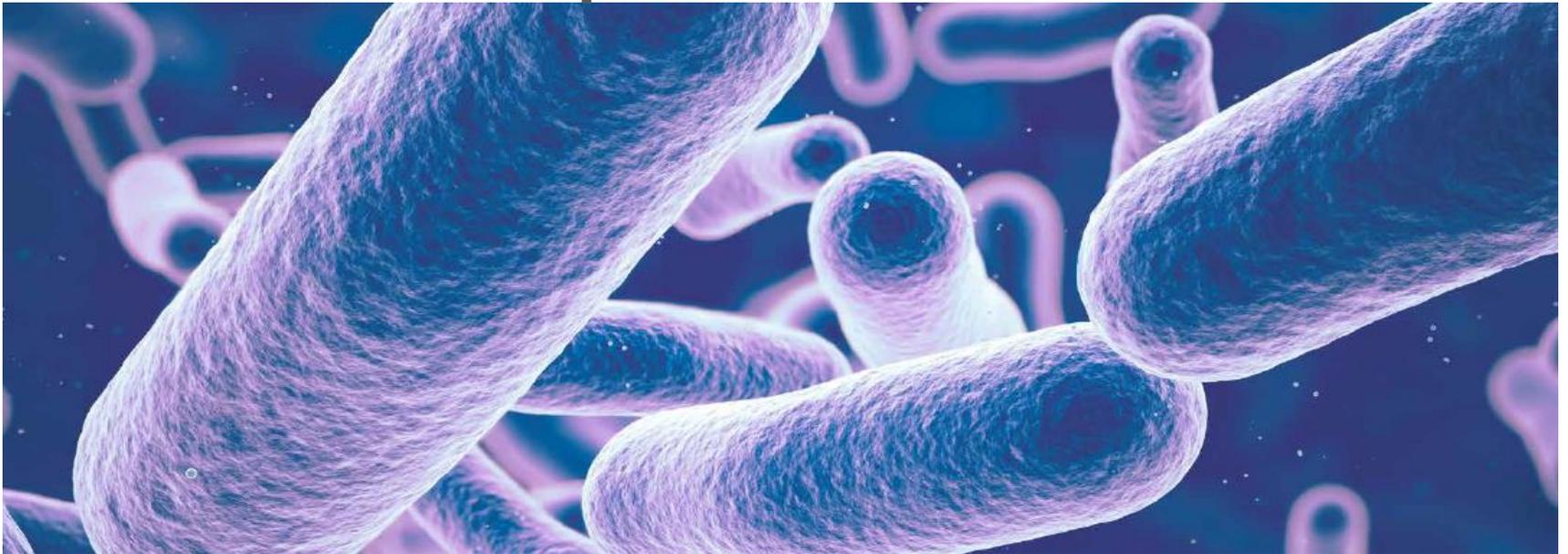
## Radio-dépistage

| Type d'examen | Date | Lieu | Retranscription de l'interprétation du<br>radiologue ou pneumologue | Signature et Cachet |
|---------------|------|------|---|---------------------|
|               |      |      |   |                     |
|               |      |      |   |                     |
|               |      |      |   |                     |
|               |      |      |   |                     |
|               |      |      |   |                     |



**Pour terminer ce projet,  
Nous avons besoin de votre avis...**

**MERCI pour votre écoute.**



**Equipe dynamique et sympathique du CLAT 53 recherche activement un médecin.**