

Contrôle du statut vaccinal d'un enfant lors d'un accueil

La vaccination permet de protéger individuellement mais aussi collectivement. C'est un enjeu de santé publique.

Le décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire précise que **les nouvelles obligations vaccinales (11 vaccins) sont exigibles pour l'accueil chez un(e) qu'assistant(e) maternel(le)** comme pour tous les autres accueils en collectivité et s'imposent aux enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018.

Pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2018, l'obligation vaccinale reste la même que précédemment, à savoir le vaccin protégeant contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (le DTP), déjà exigé pour l'entrée en collectivité.

En tant qu'assistant(e) maternel(le) agréé(e), **vous vous devez de contrôler que cette vaccination a bien été effectuée**. Vous êtes juridiquement responsable, votre agrément vous étant accordé si les conditions d'accueil garantissent la sécurité, la santé et l'épanouissement des enfants.

Aussi, la preuve de ces vaccinations à jour doit être fournie par tout parent employeur et doit faire partie des documents annexés au contrat de travail :

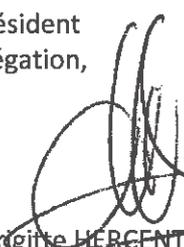
- Les pages de vaccination du carnet de santé
- OU un certificat médical attestant de la réalisation des vaccins

Si l'enfant n'est pas à jour de ses vaccinations, seule une admission provisoire est possible. Elle ne pourra être maintenue au-delà de trois mois. C'est pourquoi vous devrez jusqu'aux 18 mois de l'enfant puis éventuellement à ses six ans, vous assurer que ses vaccins sont bien à jour. En cas de retard pris dans le calendrier vaccinal, vous informerez les parents qu'ils ont trois mois pour le rattraper. Au-delà de ce délai, l'accueil de l'enfant ne sera plus possible et **vous devrez rompre le contrat**. Si les parents sont réticents et refusent les vaccins, **il convient de ne pas démarrer l'accueil de l'enfant**.

En cas de difficultés rencontrées, les services de PMI du département demeurent à votre disposition, pour vous accompagner dans cette démarche de contrôle et d'information aux parents.

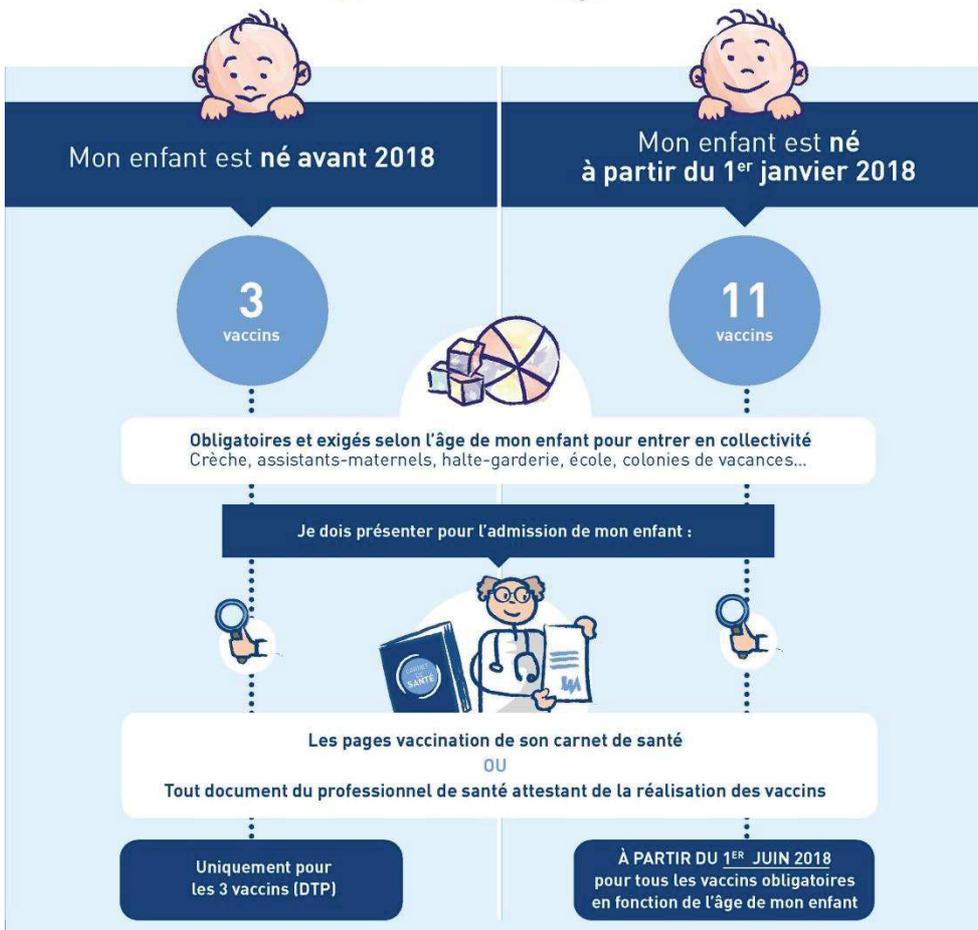
Le 27 août 2018

Pour le Président
Et par délégation,



Docteur Brigitte HERCENT SALANIÉ
Médecin Départemental de Protection
Maternelle et Infantile

#vaccinsobligatoires Qu'est-ce qui change ?



10 injections suffisent pour être protégé contre 11 maladies

| Vaccination contre | Age approprié | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 2 mois | 4 mois | 5 mois | 11 mois | 12 mois | 18 mois |
| Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus Influenza de type b, Hépatite B | 1 ^{ère} dose | 2 ^{ème} dose | | 3 ^{ème} dose | | |
| Pneumocoque | 1 ^{ère} dose | 2 ^{ème} dose | | 3 ^{ème} dose | | |
| Méningocoque C | | | 1 ^{ère} dose | | 2 ^{ème} dose | |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole | | | | | 1 ^{ère} dose | 2 ^{ème} dose |

Cas n° 1 : enfant né avant le 1^{er} janvier 2018

Antoine CLEMENT - 31/12/2017
 Vérifier les nom, prénom et date de naissance:
 Certificat de vaccination n°1

Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

| Date | Introduit/extension/renouvelé à la tuberculose | Site | Date de l'acte | Statut de l'enfant | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|------|--|------|----------------|--------------------|--|
| | | | | | |

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'Haemophilus influenzae b*

Rappels

Le 1^{er} rappel est effectué à l'âge de 10-18 mois, lors du cinquième passage à l'âge de 10-18 mois, puis tous les 10 ans**

| Date | Vaccin | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|---------|----------------------|--|
| 11 mois | DT Polio | |
| | Revaxis* | |
| | Infanrix Tétra | |
| | Tétravac acellulaire | |
| | Infanrix Quinta | |
| | Pentavac | |
| | Hexavac | |
| | Hexyon | |

(Ou 2, 3 et 4 mois avec rappel à 18 mois)

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'Haemophilus influenzae b*

1^{er}

| Date | Vaccin | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|--------|----------------------|--|
| 2 mois | DT Polio | |
| | Revaxis* | |
| 4 mois | Infanrix Tétra | |
| | Tétravac acellulaire | |
| | Infanrix Quinta | |
| | Pentavac | |
| | Hexavac | |
| | Hexyon | |

2^e

3^e

4^e

5^e

6^e

7^e

8^e

9^e

10^e

11^e

12^e

13^e

14^e

15^e

16^e

17^e

18^e

19^e

20^e

21^e

22^e

23^e

24^e

25^e

26^e

27^e

28^e

29^e

30^e

31^e

32^e

33^e

34^e

35^e

36^e

37^e

38^e

39^e

40^e

41^e

42^e

43^e

44^e

45^e

46^e

47^e

48^e

49^e

50^e

51^e

52^e

53^e

54^e

55^e

56^e

57^e

58^e

59^e

60^e

61^e

62^e

63^e

64^e

65^e

66^e

67^e

68^e

69^e

70^e

71^e

72^e

73^e

74^e

75^e

76^e

77^e

78^e

79^e

80^e

81^e

82^e

83^e

84^e

85^e

86^e

87^e

88^e

89^e

90^e

91^e

92^e

93^e

94^e

95^e

96^e

97^e

98^e

99^e

100^e

101^e

102^e

103^e

104^e

105^e

106^e

107^e

108^e

109^e

110^e

111^e

112^e

113^e

114^e

115^e

116^e

117^e

118^e

119^e

120^e

121^e

122^e

123^e

124^e

125^e

126^e

127^e

128^e

129^e

130^e

131^e

132^e

133^e

134^e

135^e

136^e

137^e

138^e

139^e

140^e

141^e

142^e

143^e

144^e

145^e

146^e

147^e

148^e

149^e

150^e

151^e

152^e

153^e

154^e

155^e

156^e

157^e

158^e

159^e

160^e

161^e

162^e

163^e

164^e

165^e

166^e

167^e

168^e

169^e

170^e

171^e

172^e

173^e

174^e

175^e

176^e

177^e

178^e

179^e

180^e

181^e

182^e

183^e

184^e

185^e

186^e

187^e

188^e

189^e

190^e

191^e

192^e

193^e

194^e

195^e

196^e

197^e

198^e

199^e

200^e

201^e

202^e

203^e

204^e

205^e

206^e

207^e

208^e

209^e

210^e

211^e

212^e

213^e

214^e

215^e

216^e

217^e

218^e

219^e

220^e

221^e

222^e

223^e

224^e

225^e

226^e

227^e

228^e

229^e

230^e

231^e

232^e

233^e

234^e

235^e

236^e

237^e

238^e

239^e

240^e

241^e

242^e

243^e

244^e

245^e

246^e

247^e

248^e

249^e

250^e

251^e

252^e

253^e

254^e

255^e

256^e

257^e

258^e

259^e

260^e

261^e

262^e

263^e

264^e

265^e

266^e

267^e

268^e

269^e

270^e

271^e

272^e

273^e

274^e

275^e

276^e

277^e

278^e

279^e

280^e

281^e

282^e

283^e

284^e

285^e

286^e

287^e

288^e

289^e

290^e

291^e

292^e

293^e

294^e

295^e

296^e

297^e

298^e

299^e

300^e

301^e

302^e

303^e

304^e

305^e

306^e

307^e

308^e

309^e

310^e

311^e

312^e

313^e

314^e

315^e

316^e

317^e

318^e

319^e

320^e

321^e

322^e

323^e

324^e

325^e

326^e

327^e

328^e

329^e

330^e

331^e

332^e

333^e

334^e

335^e

336^e

337^e

338^e

339^e

340^e

341^e

342^e

343^e

344^e

345^e

346^e

347^e

348^e

349^e

350^e

351^e

352^e

353^e

354^e

355^e

356^e

357^e

358^e

359^e

360^e

361^e

362^e

363^e

364^e

365^e

366^e

367^e

368^e

369^e

370^e

371^e

372^e

373^e

374^e

375^e

376^e

377^e

378^e

379^e

380^e

381^e

382^e

383^e

384^e

385^e

386^e

387^e

388^e

389^e

390^e

391^e

392^e

393^e

394^e

395^e

396^e

397^e

398^e

399^e

400^e

401^e

402^e

403^e

404^e

405^e

406^e

407^e

408^e

409^e

410^e

411^e

412^e

413^e

414^e

415^e

416^e

417^e

418^e

419^e

420^e

421^e

422^e

423^e

424^e

425^e

426^e

427^e

428^e

429^e

430^e

431^e

432^e

433^e

434^e

435^e

436^e

437^e

438^e

439^e

440^e

441^e

442^e

443^e

444^e

445^e

446^e

447^e

448^e

449^e

450^e

451^e

452^e

453^e

454^e

455^e

456^e

457^e

458^e

459^e

460^e

461^e

462^e

463^e

464^e

465^e

466^e

467^e

468^e

469^e

470^e

471^e

472^e

473^e

474^e

475^e

476^e

477^e

478^e

479^e

480^e

481^e

482^e

483^e

484^e

485^e

486^e

487^e

488^e

489^e

490^e

491^e

492^e

493^e

494^e

495^e

496^e

497^e

498^e

499^e

500^e

501^e

502^e

503^e

504^e

505^e

506^e

507^e

508^e

509^e

510^e

511^e

512^e

513^e

514^e

515^e

516^e

517^e

518^e

519^e

520^e

521^e

522^e

523^e

524^e

525^e

526^e

527^e

528^e

529^e

530^e

531^e

532^e

533^e

534^e

535^e

536^e

537^e

538^e

539^e

540^e

541^e

542^e

543^e

544^e

545^e

546^e

547^e

548^e

549^e

550^e

551^e

552^e

553^e

554^e

555^e

556^e

557^e

558^e

559^e

560^e

561^e

562^e

563^e

564^e

565^e

566^e

567^e

568^e

569^e

570^e

571^e

572^e

573^e

574^e

575^e

576^e

577^e

578^e

579^e

580^e

581^e

582^e

583^e

584^e

585^e

586^e

587^e

588^e

589^e

590^e

591^e

592^e

593^e

594^e

595^e

596^e

597^e

598^e

599^e

600^e

601^e

602^e

603^e

604^e

605^e

606^e

607^e

608^e

609^e

610^e

611^e

612^e

613^e

614^e

615^e

616^e

617^e

618^e

619^e

620^e

621^e

622^e

623^e

624^e

625^e

626^e

627^e

628^e

629^e

630^e

631^e

632^e

633^e

634^e

635^e

636^e

637^e

638^e

Cas n° 2 : enfant né après le 1^{er} janvier 2018 et ayant un carnet de santé « ancien modèle »

Vaccinations

Prénoms: **Barnabé CLEMENT** Date de naissance: **01/01/2018** Vérifier les nom, prénom et date de naissance:

Certificat de vaccination n°1

Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

| Date | Intervention/réaction présumée à la tuberculose | Lot | Date de l'acte | Motif (à compléter) | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|------|---|-----|----------------|---------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'Haemophilus influenzae b*

La 1^{re} dose est effectuée à l'âge de 16 semaines, puis les coupes suivantes à l'âge de 16 mois, puis toutes les 10 ans**

| Date | Mois | Lot | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|---------|-------------------------------------|-----|--|
| 11 mois | Infanrix HEXA ou Hexyon ou Vaxéelis | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose (BCG) sont obligatoires. Ce certificat de vaccination vous sera demandé lors de l'entrée de votre enfant dans une collectivité (école, crèche...).

La photocopie de cette double page a valeur de certificat de vaccination.

SPECIMEN

Vaccinations

Prénoms: **Barnabé CLEMENT** Date de naissance: **01/01/2018** Vérifier les nom, prénom et date de naissance:

Certificat de vaccination n°2

Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque

| Date | Mois | Lot | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|---------|-------------|-----|--|
| 2 mois | Prévenar 13 | | |
| 4 mois | | | |
| 11 mois | | | |

Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole* (mésles, mumps, rubella)

| Date | Mois | Lot | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|---------|--------------------------|-----|--|
| 12 mois | Priorix ou M-M-R Vax Pro | | |
| 18 mois | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Autres vaccinations

| Date | Mois | Lot | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|---------|------------------------------------|-----|--|
| 5 mois | Neisvac ou Menjugate ou Méningitec | | |
| 12 mois | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Vaccination contre l'hépatite B*

| Date | Mois | Lot | Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet) |
|---------|-------------------------------------|-----|--|
| 2 mois | Infanrix HEXA ou Hexyon ou Vaxéelis | | |
| 4 mois | | | |
| 11 mois | | | |

SPECIMEN

Cas n° 3 : enfant né après le 1^{er} janvier 2018 et ayant un carnet de santé « nouveau modèle »

Vérifier les nom, prénom et date de naissance:

CLEMENT Barnabé
Né le: 01/01/2018

Vaccinations obligatoires

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la polio (polio), le coqueluche (pertussis), l'hémophilus influenzae type B (Hib) et le DTPaPpVif*

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|---------|----------------------------|-----|--|
| 2 mois | Infanrix HEXA ou Hexyon ou | | |
| 4 mois | | | |
| 11 mois | Vaxelis | | |

*A la naissance (Pentavalent) et à 3, 4, 5 et 11 mois (avec le 6^e mois pour les enfants prématurés) ainsi qu'à la fin de la grossesse (à partir de 32 semaines).

Vaccination contre les infections à pneumocoque

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|---------|-------------|-----|--|
| 2 mois | Prévenar 13 | | |
| 4 mois | | | |
| 11 mois | | | |

Vaccination contre les infections à virus de la dengue (Vaxine®)

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|---------|-------------------------|-----|--|
| 5 mois | NeisVax ou | | |
| 12 mois | Menjugate ou Méningitec | | |

CLEMENT Barnabé
Né le: 01/01/2018

Vaccination contre le coqueluche, les oreillons et la rubéole (DTPaPpVif, orange, valbelle)

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|---------|--------------------------|-----|--|
| 12 mois | Priorix ou M-M-R Vax Pro | | |
| 18 mois | | | |

Vaccination contre la fièvre jaune (DTPaPpVif, orange, forte)

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
| | | | |

*12 mois en Europe et tropic.

Vaccinations recommandées

Résultats de test de dépistage précoce (si applicable)

| Date | Intervention à la maternité | Lot | Date de l'acte | Résultat | Signature et identification du vaccinateur |
|------|-----------------------------|-----|----------------|----------|--|
| | | | | | |

Vaccination antituberculeuse (BOC)

| Date | Vaccin | Lot | Signature et identification du vaccinateur |
|------|--------|-----|--|
| | | | |

*12 mois en Europe et tropic ainsi qu'à la fin de la grossesse (à partir de 32 semaines) pour les enfants prématurés.