



Nom : M F

Prénom

Nom de naissance :

Date de Naissance :

Service :

**ORDONNANCE POUR LA PROPHYLAXIE (AEV/AP) POST EXPOSITION
du VHB POUR ADULTES**

↳ Prophylaxie du VHB
résultats de la serologie en < 72 H)

- Immunoglobulines anti-VHB 500 UI (5ml) -----
- **ET OU** Vaccin anti-VHB (ENGERIX B20) : 1 ampoule ---
- **Vaccination accélérée (J0-J7-J21) 3 ampoules** ---

Nom du prescripteur

Signature

