



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

