

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'IMMUNISATION ET DE TESTS POUR LES
STAGIAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Section à compléter par l'étudiant

J'atteste que _____ né(e) le ____/____/____
Nom de l'étudiant(e) en lettres moulées aaaa mm jj

Numéro d'identification de l'étudiant(e) à 9 chiffres: _____ Formation initiale DEC/BAC 2^e cycle

Maladies	Vaccins	Recommandations	À l'usage de l'infirmière
Diphtérie Tétanos ----- Coqueluche	DCT d2T5 ----- dcaT	Vaccination primaire complète (3 ou 4 doses selon les vaccins utilisés), ainsi qu'un rappel reçu il y a moins de 10 ans. 1 dose de dcaT si n'a jamais reçu de vaccin acellulaire dans le passé ou 1 rappel 10 ans après la dose administrée à l'adolescence.	Adéquat: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer Date: _____
Poliomyélite	Sabin (VPTO) Salk (VPTI ou VPTIa)	Vaccination primaire complète (3 ou 4 doses selon les vaccins utilisés), dont au moins une dose reçue après l'âge de 4 ans.	Adéquat: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer Date: _____
Rougeole Rubéole Oreillons	RRO Antirougeoleux	Pour les personnes nées avant 1970 : - une preuve de protection contre la rubéole (vaccin ou dosage d'anticorps) Pour les personnes nées depuis 1970 : - 2 RRO ou 1 RRO + 1 antirougeoleux (2 rougeole, 1 rubéole, 1 oreillons).	Adéquat: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer Date: _____
Tuberculose	TCT Test cutané en 2 étapes avec intervalle de 1 à 4 semaines	Indiqué pour les disciplines visées sauf si : - né au Canada depuis 1976; et - n'ayant pas reçu le BCG; et - n'ayant pas eu une exposition connue à un cas de tuberculose contagieuse; et - n'ayant pas fait de séjour d'une durée cumulative de 3 mois ou plus à l'extérieur de certains pays ¹ . Chez ces derniers, aucun TCT ne sera effectué.	Non requis <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer Date: _____
Hépatite B	Recombivax Engerix	Pour les disciplines visées par le programme régional de vaccination gratuite : 3 doses reçues en respectant les intervalles minimaux ² .	Adéquat: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer Dates: _____
Varicelle (« picote »)	Varivax	Histoire connue de varicelle ou preuve de protection (dosage des anticorps). Si aucune protection : 2 doses de vaccin.	Adéquat: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer Dates: _____
Grippe (influenza)	Fluviral, Vaxigrip ou Agriflu	Vaccin à recevoir en novembre chaque année.	Il est important en tant qu'étudiant de garder la preuve de votre vaccination annuelle.

Section à compléter par l'infirmière ou le médecin qui a procédé à la vaccination et/ou aux tests (ci-dessous)

Répond aux recommandations en matière d'immunisation pour les stagiaires dans les établissements de santé

_____/_____/_____
aaaa mm jj _____
Signature Clinique /CLSC

Poursuit son programme d'immunisation afin de répondre aux recommandations

_____/_____/_____
aaaa mm jj _____
Signature Clinique /CLSC

Référence : Protocole d'immunisation du Québec, édition 2013

¹ À l'extérieur du Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, certains pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse) et des Antilles (à l'exception d'Haïti et de la République dominicaine).

² Dosage d'anticorps anti-HBs recommandé s'il peut être fait 1 à 2 mois (pas plus que 6 mois) après la 3^e dose.