

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

Maladies	Vaccins selon le PIQ	Recommandations	Suivi à assurer s'il y a lieu (à l'usage de l'infirmière)
Diphtérie Tétanos Coqueluche	DCT, d ₂ T ₅ dcaT	Vaccination primaire complète (3 ou 4 doses selon l'âge à la vaccination) Administer une dose de vaccin coqueluche à la personne de 18 ans et plus seulement si elle a la certitude de n'avoir jamais été vaccinée contre la coqueluche.	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Poliomyélite	VPO (Sabin) VPI (Salk, imovax-polio)	Vaccination primaire complète pour les personnes âgées de 17 ans et moins (3 doses), dont au moins une dose reçue après l'âge de 4 ans. Pas de vaccination systématique pour les ≥ 18 ans	<input type="checkbox"/> Non requis Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> 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 <u>ou</u> 1 RRO + 1 antirougeoleux (2 rougeole, 1 rubéole, 1 oreillons).	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Hépatite B	HB (Recombivax, Engerix)	Pour les disciplines visées par le programme régional de vaccination gratuite : 2 ou 3 doses reçues selon l'âge et en respectant les intervalles minimaux ¹	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Varicelle (« picote »)	Var	- Histoire connue de varicelle après l'âge de 1 an ou de zona quel que soit l'âge; ou - Preuve de protection (dosage des anticorps); ou - Vaccination : 1 dose reçue : compléter avec une 2 ^e dose - Si aucune protection : 2 doses de vaccin.	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Grippe (influenza)	Inf	Vaccin à recevoir en novembre chaque année.	Date : _____
Tuberculose	TCT Test cutané en 2 étapes avec intervalle de 1 à 4 semaines	Indiqué pour les stagiaires qui répondent à au moins un des critères suivants : - né au Canada avant 1976; - né à l'extérieur du Canada à l'exception de certains pays ² ; - ayant reçu le vaccin BCG; - ayant eu une exposition connue à un cas de tuberculose contagieuse; - ayant fait un séjour d'une durée cumulative de 3 mois et plus à l'extérieur de certains pays ² Si TCT positif : Évaluation TB active Symptômes compatibles : - Toux et expectoration persistant plus de 3 semaines - Sueurs nocturnes - Hémoptysie - Fièvre inexpiquée de plus de 3 jours	<input type="checkbox"/> Non requis 1 ^{er} TCT _____ Résultat : _____ mm 2 ^e TCT _____ Résultat : _____ mm <input type="checkbox"/> Si TCT considéré significatif, référence faite pour consultation médicale et Rx poumons. Présence de symptômes compatibles avec une tuberculose active Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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

² Canada, États-Unis, Australie, 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).

Nom de l'étudiant(e) : _____

Date de Naissance : _____

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

Section devant être remplie par l'infirmière ou le médecin qui procède à l'évaluation de la vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) a amorcé sa vaccination et **peut intégrer ses stages**

Signature du professionnel

Date

Lieu de vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) répond aux recommandations de santé publique pour l'immunisation des stagiaires

Signature du professionnel

Date

Lieu de vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) a amorcé sa vaccination, **mais ne peut pas intégrer ses stages**

Signature du professionnel

Date

Lieu de vaccination