Université de Sherbrooke

Faculté de médecine et des sciences de la santé
Secrétariat École de réadaptation
Programmes ergothérapie et physiothérapie
Sherbrooke (QC) J1H 5N4
Téléphone : 819 821-8000 poste 72900
Télécopieur : 819 820-6864
admission-readapt-med@usherbrooke.ca

STATUT VACCINAL À POURSUIVRE

Devrait être complété vers :

Date : _____ / _____ / _____

STATUT VACCINAL CONFORME AU PIQ

Date : _____ / _____ / _____

Nom du/de la professionnel/le de la santé (lettres moulées) :
_____

Titre professionnel :
_____

Numéro de permis :
_____

Signature :
_____

RELEVÉ DE STATUT VACCINAL

(Immunisation des travailleurs et travailleuses / stagiaires de la santé)

Programmes Ergothérapie / Physiothérapie

Il est de la responsabilité de la personne étudiante de veiller à faire remplir ce relevé et finaliser sa vaccination à l'aide de personnes professionnelles de la santé. Veuillez ne pas perdre ce document original tout au cours du processus de vaccination.

Veuillez en faire parvenir une copie par courriel dès que votre relevé de statut vaccinal est complet.

Si votre vaccination n'est pas complète, vous devez en faire parvenir une copie au plus tard le 22/09/23 Vous devrez par la suite poursuivre votre vaccination et acheminer une version complète le plus tôt possible.

En cas de perte, vous devez le faire remplir à nouveau.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE LA PERSONNE ÉTUDIANTE

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : _____/_____/_____ Pays de naissance : _____

Programme : ☐ ERGO ☐ PHYSIO No. Matricule : _____ Année d'admission : _____

COQUELUCHE : DCT, DCaTP, dcaT, Adacel, Boostrix, Pentacel, Quadracel

- 1 dose à vie.

Nombre de doses	Cocher si à recevoir	Date du vaccin (AAAA/MM/JJ)	Nom du vaccin	Signature du/de la professionnel/le et # permis
Dose 1	☐	____/____/____	_____	_____

DIPHTÉRIE - TÉTANOS : DCT, DCaTP, dT, d_2T_5, dcaT, Adacel, Boostrix, Pentacel, Quadracel

- 4 doses ou série primaire de 3 doses requises chez l'adulte non immunisé ou sans preuve d'une série initiale.

Nombre de doses	Cocher si à recevoir	Date du vaccin (AAAA/MM/JJ)	Nom du vaccin	Signature du/de la professionnel/le et # permis
Dose 1	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 2	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 3	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 4	☐	____/____/____	_____	_____

ROUGEOLE - RUBÉOLE - OREILLONS : Priorix, Priorix-Tetra, MMR, MMR II, RRO, Proquad

- 2 doses de RRO requises ou 1 dose de RRO et 1 antirougeoleux. *1ere dose à ≥ 1 an.

Nombre de doses	Cocher si à recevoir	Date du vaccin (AAAA/MM/JJ)	Nom du vaccin	Signature du/de la professionnel/le et # permis
Dose 1	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 2	☐	____/____/____	_____	_____

HÉPATITE B : Recombivax HB, Heptavax-B, Engerix-B, Twinrix

- 2 doses requises si vaccination entre 1 et 19 ans. Autrement 3 doses requises. Sérologie indiquée si dernière dose reçue dans les 6 derniers mois.

Nombre de doses	Cocher si à recevoir	Date du vaccin (AAAA/MM/JJ)	Nom du vaccin	Signature du/de la professionnel/le et # permis
Dose 1	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 2	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 3	☐	____/____/____	_____	_____
Sérologie Anti-HBs	☐	Positive ☐ Négative ☐ Dose 4 nécessaire Joindre le résultat de laboratoire en annexe.		
Dose 4	☐	____/____/____	_____	_____

VARICELLE : Varivax, Varilrix, Priorix-Tétra, Proquad

Avez-vous déjà eu la varicelle ou le zona :

☐ **OUI** Âge :_____ varicelle ≥ 1 an ou zona quel que soit l'âge : la vaccination et la sérologie ne sont pas nécessaires.

☐ **NON ou** ☐ **JE NE SAIS PAS** vous devez faire la sérologie ou débuter la vaccination (2 doses), si cela n'est pas déjà fait.

Nombre de doses	Cocher si à recevoir	Date du vaccin (AAAA/MM/JJ)	Nom du vaccin	Signature du/de la professionnel/le et # permis
Sérologie varicelle	☐	Positive ☐	Négative ☐ 2 doses nécessaires Joindre le résultat de laboratoire en annexe.	
Dose 1	☐	____/____/____	_____	_____
Dose 2	☐	____/____/____	_____	_____

TUBERCULOSE : TCT, PPD, Tubersol

- Si la réponse est «OUI» à au moins un des quatre critères, un dépistage de la tuberculose au moyen du test cutané à la tuberculine (TCT) est requis. Le dépistage doit comprendre 2 TCT entre 1 et 4 semaines d'intervalle. S'il y a déjà eu un dépistage TCT en deux temps dans le passé, un seul TCT sera nécessaire s'il y a eu une nouvelle exposition possible.

1. **La personne est née au Canada en 1976 ou avant**
   ☐ **NON** ☐ **OUI**
2. **La personne a été vaccinée avec le vaccin BCG**
   ☐ **NON** ☐ **OUI**
3. **La personne a été exposée dans le passé à un cas de tuberculose contagieuse**
   ☐ **NON** ☐ **OUI**
4. **La personne a fait un séjour d'une durée cumulative de 3 mois ou plus dans un ou des pays à incidence élevée de tuberculose. Voir le Guide intervention santé-voyage de l'INSPQ pour connaître la *Liste des pays à incidence élevée de tuberculose (incidence annuelle ≥ à 30 / 100 000 habitants).***
   ☐ **NON** ☐ **OUI**

***La personne ne répond à aucun des critères mentionnés ci-dessus : Ne pas effectuer de TCT et inscrire « valeur de base = 0 mm »**

Étapes du dépistage	Cocher si à recevoir	Date de l'injection (AAAA/MM/JJ)	Nom du vaccin	Date de la lecture (48 à 72 h plus tard)	Mesure	Résultat (significatif / non significatif)
Étape 1	☐	____/____/____	_____	____/____/____	____ mm	
Étape 2	☐	____/____/____	_____	____/____/____	____ mm	
Étape ultérieure	☐	____/____/____	_____	____/____/____	____ mm	

*Si résultat ≥10 mm : vous devez prendre rendez-vous avec un professionnel de la santé pour recevoir une prescription d'un rayon X pulmonaire ou autre recommandation. Joindre le résultat en annexe.

INFLUENZA : Fluzone, Fluad, Flulaval, Influvac

- Le vaccin contre l'influenza est indiqué si le stage se déroule en milieu de soins au cours de la saison grippale. Il est ensuite recommandé à chaque année. (Aucun suivi nécessaire).