

STATUT VACCINAL À POURSUIVRE

J'atteste que la personne étudiante ci-dessous mentionnée a amorcé sa vaccination et qu'elle devrait être complétée vers (AAAA/MM) : _____

Signature : _____ Date : _____

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 30 septembre 2024** 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 : _____

IMMUNISATION DE LA PERSONNE ÉTUDIANTE

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	<input type="checkbox"/>			

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

➤ 2 doses de RRO requises ou 1 dose de RRO et 1 antirougeoleux. 1^{ère} 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	<input type="checkbox"/>			
Dose 2	<input type="checkbox"/>			

DIPHTÉRIE - TÉTANOS : DCT, DCaTP, dT, d2T5, 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	<input type="checkbox"/>			
Dose 2	<input type="checkbox"/>			
Dose 3	<input type="checkbox"/>			
Dose 4	<input type="checkbox"/>			

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 débiter 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	<input type="checkbox"/>	Positive* <input type="checkbox"/> <u>*Joindre le résultat de laboratoire en annexe</u>	Négative <input type="checkbox"/> 2 doses nécessaires	
Dose 1	<input type="checkbox"/>			
Dose 2	<input type="checkbox"/>			

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

➤ 2 doses requises si vaccination entre 1 et 19 ans. Autrement 3 doses requises.

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	<input type="checkbox"/>			
Dose 2	<input type="checkbox"/>			
Dose 3	<input type="checkbox"/>			
Sérologie Anti-HBs (indiquée si dernière dose reçue dans les 6 derniers mois)	<input type="checkbox"/>	Positive* <input type="checkbox"/> <u>*Joindre le résultat de laboratoire en annexe.</u>	Négative <input type="checkbox"/> Dose 4 nécessaire	
Dose 4	<input type="checkbox"/>			

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 ».

Étape du dépistage	Cocher si à recevoir	Date de l'injection (AAAA/MM/JJ)	Date de la lecture (48 à 72h plus tard)	Mesure* (mm)	Résultat (significatif / non significatif)	Signature du/de la personne professionnelle et # permis
Étape 1	<input type="checkbox"/>					
Étape 2	<input type="checkbox"/>					
Étape ultérieure	<input type="checkbox"/>					

*Si résultat ≥ 10 mm : vous devez prendre un rendez-vous avec un/une professionnel/le de la santé pour recevoir une prescription d'une radiographie pulmonaire et une consultation avec l'équipe médicale spécialisée. Joindre le résultat en annexe.

INFLUENZA ET COVID-19 :

- Les vaccins contre l'influenza et la COVID-19 sont indiqués si le stage se déroule en milieu de soins au cours de la saison des virus respiratoires saisonniers. Ils sont ensuite recommandés à chaque année. (Aucun suivi nécessaire).

ATTESTATION

J'atteste que la personne étudiante ci-dessus satisfait aux recommandations de santé publique du Québec (PIQ) pour l'immunisation des stagiaires.

Prénom, nom (lettres moulées) : _____

Titre professionnel et # permis : _____

Signature : _____ Date : _____