

FORMULAIRE DE VACCINATION

Nom :	Prénom :	Programme de soins infirmiers
Adresse :		Date de naissance :

RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'IMMUNISATION ET DE RECHERCHES SÉROLOGIQUES POUR LES STAGIAIRES

VACCIN	RECOMMANDATIONS	DATE/REMARQUE
D.C.T. Diphtérie – Tétanos	4 doses, dont 1 à l'âge de 10 ans ou plus si la 1re dose a été administrée avant l'âge de 4 ans, OU 3 doses, dont 1 à l'âge de 10 ans ou plus si la 1re dose a été administrée à l'âge de 4 ans ou plus, ET 1 dose de rappel à l'âge de 50 ans si la dernière dose remonte à l'âge de 39 ans ou moins	
Coqueluche	1 dose au cours de la vie	
SABIN (VPTO) ou SALK(VPI : VPTI ou **VPT1a) Poliomyélite ** administré depuis 1993	0 dose Si moins de 18 ans, 3 doses, dont 1 à l'âge de 4 ans ou plus	
RRO (MMR) Rougeole-rubéole-oreillons	<ul style="list-style-type: none"> - Rougeole* : 2 doses si né en 1970 ou après Ou 0 dose si : - la personne avant 1970 - sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rougeole - Attestation médicale confirmant l'acquisition de la rougeole avant le 1^{er} janvier 1996 ou - Preuve diagnostique démontrant l'acquisition de la rougeole - Rubéole* 1 dose Ou - 0 dose si : - Sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la rubéole à un titre ≥ 10 UI/ml - Oreillons* 1 dose Ou 0 dose si : - Sérologie démontrant la présence d'anticorps contre les oreillons ou - Nés avant 1970 	

<p align="center">TCT</p> <p>Dépistage de la tuberculose</p>	<p>Effectuer le TCT en 2 étapes si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nés au Canada en 1976 ou avant ; - Ont été vaccinés avec le vaccin contre la tuberculose ; - Ont été exposés dans le passé à un cas de tuberculose contagieuse ; - Ont fait un séjour d'une durée cumulative de trois mois ou plus dans un pays à incidence élevée de tuberculose <p>Les stagiaires qui ne répondent à aucun des critères mentionnés ci-dessus n'ont pas à avoir de TCT en deux étapes.</p>	
<p align="center">Hépatite B</p>	<p>2 ou 3 doses selon l'âge si indiqué, (voir la section HB du PIQ, car plusieurs calendriers peuvent être utilisés et être valides)</p> <p>Recherche sérologique d'anticorps anti-HBS entre 1 et 6 mois après une vaccination, non recommandée lorsque la dernière dose du vaccin a été administrée il y a plus de 6 mois.</p>	<p>1 : _____</p> <p>2 : _____</p> <p>3 : _____</p>
<p align="center">Influenza</p>	<p>Le vaccin contre l'influenza est recommandé pour les étudiants qui seront en stage pendant la saison grippale (décembre à avril)</p>	
<p align="center">Varicelle</p>	<p>2 Doses</p> <p>Ou</p> <p>0 dose si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir une histoire antérieure connue de varicelle ou de zona après l'âge de un an ou, - Sérologie démontrant la présence d'anticorps contre la varicelle 	<p>1 : _____</p> <p>2 : _____</p>

Selon le document « **Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs** », Gouv. Du Québec, MSSS, Mai 2021

J'autorise le Cégep de Trois-Rivières à faire parvenir mon état vaccinal à mes milieux de stage.

Signature : _____ Date : _____

ATTESTATION

Section à être complétée par l'infirmière ou le médecin qui a procédé à la vaccination et/ou la vérification de la vaccination.

J'atteste que _____ né(e) le _____
(nom de l'étudiant(e))

répond aux recommandations en matière d'immunisation et d'examens pour les stagiaires.

Date : _____ Signature _____

Clinique/CLSC : _____

Selon le document « **Immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs** », Gouv. Du Québec, MSSS, Nov. 2005