

RELEVÉ de VACCINATION et de dépistage tuberculinique

Ce relevé vise à évaluer votre statut vaccinal, afin de vous protéger et de protéger les usagers des différents milieux de soins, contre les maladies infectieuses évitables par la vaccination.

En utilisant votre adresse courriel institutionnelle, envoyez ce document avec vos informations, les questions répondues ainsi que vos preuves de vaccination (exemple : images de pages du carnet de vaccination; autres preuves vaccinales) à l’infirmière vérificatrice de la FSI, à sylvie.dorris@umontreal.ca

- ❖ Si, après évaluation de votre statut vaccinal, aucun vaccin et/ou test cutané à la tuberculine (TCT) n’est requis, le relevé vous sera retourné par courriel, coché et signé, authentifiant que votre dossier de vaccination est complet. Ensuite, vous devrez le déposer dans Synchro à l’aide du formulaire **CHE_Dossier_santé_vaccination** avec les autres documents demandés dans la procédure.
- ❖ Si des vaccins et/ou TCT sont requis, vous devez prendre rendez-vous (en CLSC, clinique ou pharmacie) pour les recevoir. Lorsque les tests et/ou vaccins sont complétés, retournez ce relevé et les preuves de vaccination/tests à l’infirmière vérificatrice qui validera la conformité de votre vaccination. Le relevé vous sera retourné par courriel signé et coché. Ensuite, vous devez le déposer sur Synchro à l’aide du formulaire CHE-santé avec les autres documents demandés dans la procédure.

Section à compléter par la personne étudiante

Nom : _____	DDN : ____/____/____
Prénom : _____	Matricule : _____

A. Critères pour déterminer si vous devez passer un test cutané à la tuberculine (TCT) en 2 étapes :

- Êtes-vous né au Canada en 1976 ou avant?Oui Non
- Avez-vous été vacciné avec le vaccin BCG?.....Oui Non
- Avez-vous été exposé dans le passé à un cas de tuberculose contagieuse?.....Oui Non
- Avez-vous fait un séjour d’une durée cumulative de 3 mois ou plus dans un ou des pays à incidence élevée de tuberculose (≥ 30 cas/100 000 habitants/année)?.....Oui Non

Consultez la [liste des pays concernés](#)

Si oui, indiquez le pays concerné : _____

*Si vous avez répondu **Oui** à une des questions, le **TCT en 2 étapes est requis**, vous devez prendre rendez-vous.

*Si vous avez répondu **Non** aux critères, le TCT n’est pas requis.

B. Questions concernant la varicelle

Est-ce que vous avez déjà eu la varicelle ou histoire de zona? Oui Non Si **oui**, en quelle année ou à quel âge? ____
(Si des vaccins contre la varicelle ont été reçus, ils seront inscrits dans le relevé vaccinal ci-après.)

C. Engagement de la personne étudiante - Séjour en région à risque pour la tuberculose

Toute personne étudiante inscrite à un programme en sciences infirmières de l’Université de Montréal qui, après avoir démontré ses preuves de vaccination auprès de la Faculté des sciences infirmières, séjourne 3 mois ou plus dans une région où la tuberculose est endémique, est responsable de valider, auprès d’un professionnel de la santé, si un test TCT est requis. Si un TCT est requis, il doit en informer la Faculté des sciences infirmières du résultat.

Je m’engage à respecter cet engagement.

Signature de la personne étudiante: _____ Date: _____

Section à compléter par l'infirmière vérificatrice de la FSI

Tests	Lecture TCT	Dates	Initiales
TCT recommandé <input type="checkbox"/>	1 ^{re} lecture ____ mm		
TCT non recommandé <input type="checkbox"/>	2 ^e lecture ____ mm		
Vaccins	Nom du vaccin	Dates	Initiales
Diphtérie-Coqueluche-Tétanos			
Rougeole-Rubéole-Oreillons			
Hépatite B			
Varicelle			

Recommandations de vaccins et TCT

Nom du vaccin ou du test	Nb de doses ou tests manquants	Commentaires et/ou initiales de l'infirmière vérificatrice
TCT		
DCT		
RRO*		
Hépatite B		
Varicelle		

*Attention, si le test TCT en 2 étapes est requis, il doit être fait 1 mois avant d'administrer un vaccin vivant (varicelle ou RRO) ou en même temps que le 2^e TCT ou n'importe quand après le 2^e TCT.

Nom de l'infirmière vérificatrice _____	Initiales _____	Date ____/____/____
Signature _____		
Programme de vaccination amorcé <input type="checkbox"/>		
Programme de vaccination complété <input type="checkbox"/>		