

FORMULAIRE DE VACCINATION ET DE DÉPISTAGE TUBERCULINIQUE
Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal

Nom : _____

Prénom : _____

Baccalauréat initial

Matricule : _____

Date de naissance : _____

Dec-Bac

Nom du vaccin ou du test	Date (AAAA/MM/JJ)	Initiales et sceau ou institution
Dépistage tuberculinique (2 étapes) 1° TCT lecture : _____ mm 2° TCT lecture : _____ mm 3° TCT (contrôle) lecture : _____ mm TCT + ou ATCD de TB : joindre rapport de consultation médicale ou copie r-x poumons →	<input type="checkbox"/> Non-indiqué _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ Date consult./examen : _____/_____/_____	Feuille d'éval. indication TCT jointe <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____ Copie rapport de consult. jointe <input type="checkbox"/> _____
Vaccins diphtérie-coqueluche-tétanos-polio Nom du vaccin et date : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
1° MMR – RRO (rougeole-rubéole-oreillons) 2° MMR <input type="checkbox"/> ou anti-rougeoleux <input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ _____/_____/_____	_____ _____
Vaccin Hépatite B 1 ^{ère} dose : 2 ^e dose: 3 ^e dose: anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____ Si dosage négatif : refaire une dose de vaccin hépatite B suivi d'un autre dosage <u>un mois après</u> . 4 ^e dose : anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____ Si le 2 ^e dosage est négatif redonner 2 autres doses 5 ^e dose : 6 ^e dose : anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____	<input type="checkbox"/> Non-indiqué _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Sérologie non requise _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Est-ce que l'étudiant(e) a eu la varicelle ou histoire antérieure de zona ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> et année ou âge Si non, épreuve sérologique : Résultat : négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> → Si négatif : Vaccin varicelle dose 1 → Vaccin varicelle dose 2 →	Année ou âge : _____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	_____ _____ _____ _____
Méningite : < de 18 ans : méningocoque C nécessaire <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Dose reçue	_____/_____/_____	_____
<input type="checkbox"/> Programme vaccinal complété (date, signature et sceau)		

**FORMULAIRE
ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT
SÉJOUR EN RÉGION À RISQUE POUR LA
TUBERCULOSE**

Politique de vaccination de la Faculté des sciences infirmières

« Tout étudiant inscrit au programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal qui, après avoir mis à jour sa vaccination auprès de la Faculté des sciences infirmières, séjourne dans une région où la tuberculose est endémique*, est responsable de procéder à un TCT (Test cutané à la tuberculine) de contrôle trois (3) mois après son retour. Dès lecture du test, l'étudiant doit aviser la Faculté des sciences infirmières du résultat de celui-ci.»

* Pour connaître les régions où la tuberculose est endémique, l'étudiant est invité à communiquer avec l'Institut Thoracique de Montréal (514-843-2080) ou à consulter le site web de l'Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/fr/).

Je m'engage à respecter cette politique.

(Nom, prénom)

(Matricule)

(Signature)

(Date)

À remettre avec votre formulaire de vaccination et de dépistage tuberculitique

FORMULAIRE
ÉVALUATION DE L'INDICATION DES DÉPISTAGES DE TUBERCULOSE
À COMPLÉTER PAR L'ÉTUDIANT STAGIAIRE

Les étudiants des programmes dont le dépistage de tuberculose est recommandé doivent répondre aux questions suivantes :

Êtes-vous né à l'extérieur du Canada? oui* non

Êtes-vous né au Canada avant le 1^{er} janvier 1976? oui* non

Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la tuberculose (BCG)?..... oui* non

↳ Dans l'incertitude, joindre la page de votre carnet de vaccination

Avez-vous déjà eu une exposition connue 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 pays autre que ceux énumérés ici-bas? oui* non

↳ Si vous avez répondu oui à la dernière question, dans quel(s) pays avez-vous voyagé et combien de temps?

↵ Canada,

↵ États-Unis,

↵ Australie,

↵ Nouvelle-Zélande,

↵ Pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse),

↵ Les Antilles (à l'exception d'Haïti et de la République dominicaine).

*Répondre à une question avec astérisque nécessite de pratiquer les dépistages de tuberculose tel que recommandé par le MSSS, selon l'évaluation du professionnel de la santé

Nom de l'étudiant : _____

Date : _____

Signature de l'étudiant : _____

**FORMULAIRE
CONTRE-INDICATION À LA VACCINATION**

**Formulaire à être rempli et signé par une autorité médicale
en cas de contre-indication à la vaccination**

(Nom, prénom de l'étudiant)

(Matricule)

Par la présente, j'atteste avoir procédé à la mise à jour de la vaccination de la personne mentionnée ci-haut selon la Politique de vaccination de la Faculté des sciences infirmières.

Par contre, j'attire l'attention sur les particularités suivantes dont devraient tenir compte les autorités facultaires :

Le ou les tests/vaccins suivants n'ont pu être administrés pour le motif suivant :

Je considère cet étudiant apte à poursuivre ses stages à la Faculté des sciences infirmières. L'étudiant sera en mesure de compléter son dossier de vaccination en date du _____ (inscrire la date).

Je considère que cet étudiant devrait compléter son dossier de vaccination selon la Politique de vaccination avant qu'il ne puisse effectuer un stage dans le cadre de son programme en sciences infirmières.

(Nom, prénom du professionnel de la santé)

(Matricule)

(Signature de l'autorité médicale)

(Date)

**FORMULAIRE
REFUS DE SE FAIRE VACCINER**

« La Faculté des sciences infirmières, en tant qu'établissement d'enseignement, a la responsabilité de s'assurer que l'immunité du stagiaire est conforme aux recommandations du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un établissement de santé peut refuser d'accueillir un stagiaire qui ne répond pas aux exigences. »

En dépit de cette politique, je, _____ (nom de l'étudiant), refuse de respecter la politique de vaccination de la Faculté des sciences infirmières.

De ce fait, je comprends que les établissements peuvent refuser de m'accueillir et que, conséquemment, je ne serai pas en mesure de participer à mes stages dans le cadre de mon programme.

Vaccin(s) refusé(s) :

(Nom, prénom)

(Matricule)

(Signature de l'étudiante)

(Date)

FORMULAIRE
ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA SAISONNIER

Ce formulaire d'attestation doit être signé par la personne qui vaccine dans le cas où aucun formulaire n'est prévu par l'établissement de santé. Il constitue une preuve écrite de la vaccination.

Il est de votre responsabilité et relève de la compétence « professionnalisme » de vous faire vacciner pour protéger non seulement les patients/familles/communauté, collègues de stages/travail, mais aussi vous et vos proches. Advenant une éclosion dans votre milieu de stage, vous devrez être en mesure de fournir cette preuve de vaccination dans un délai de 24 heures et votre vaccination devra avoir eu lieu au moins deux semaines auparavant. Si vous n'êtes pas en mesure de nous procurer cette preuve de vaccination, il est important que vous sachiez que les établissements de santé peuvent refuser de vous accueillir en stage. Par conséquent, vos études seront suspendues jusqu'à ce que vous soyez en mesure de reprendre le stage et le cours concomitant.

Nom de l'étudiante : _____

Vaccin INFLUENZA SAISONNIER : _____

Date : _____

Signature de l'infirmière : _____

Établissement de santé ou institution : _____

Conservez cette preuve de vaccination pour être en mesure de la fournir au besoin

**FORMULAIRE
CONTRE-INDICATION À LA VACCINATION CONTRE
LE VIRUS DE L'INFLUENZA SAISONNIER**

Je confirme que cet étudiant

(Nom, prénom de l'étudiant(e))

(Matricule)

N'est pas en mesure de recevoir le vaccin contre le virus pour la ou les raisons suivantes :

(Nom, prénom du professionnel de la santé)

(Matricule)

(Signature de l'autorité médicale)

(Date)

**FORMULAIRE
REFUS DE SE FAIRE VACCINER CONTRE L'INFLUENZA SAISONNIER**

Politique de vaccination de la Faculté des sciences infirmières

« La Faculté des sciences infirmières, en tant qu'établissement d'enseignement, a la responsabilité de s'assurer que l'immunité du stagiaire est conforme aux recommandations du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Un établissement de santé peut refuser d'accueillir un stagiaire qui ne répond pas aux exigences. »

Dans le cas où un étudiant refuse de se faire vacciner contre l'influenza saisonnier, il assume que les établissements de santé peuvent refuser de l'accueillir en stage. Par conséquent, un étudiant qui ne peut effectuer ses stages en milieu clinique ne peut répondre aux exigences du programme de formation.

En toute connaissance de cause, je refuse de recevoir le vaccin contre l'influenza saisonnier

(Nom, prénom)

(Matricule)

(Signature de l'étudiant)

(Date)