

RELEVÉ de VACCINATION et de dépistage tuberculinique

Section à compléter par la personne étudiante

Nom : _____	Date de naissance : ___/___/___
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 (≥ 50 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 un des critères, le TCT en 2 étapes est requis.**

***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 âge ? _____
 (si vaccins contre la varicelle reçus, ils seront considérés dans le relevé vaccinal ci-après.)

C. Engagement de la personne étudiante - Immunisation et SÉJOUR EN RÉGION À RISQUE POUR LA TUBERCULOSE

Toute personne inscrite à un programme de 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, la personne étudiante doit aviser la Faculté des sciences infirmières du résultat de celui-ci

Je m’engage à respecter cet engagement et à compléter le processus d’immunisation selon la politique de la Faculté des Sciences Infirmières de l’Université de Montréal.

Signature de la personne étudiante : _____ Date: _____

[Recommandations pour les stagiaires de la santé](#)

Section à compléter par l’infirmier.ère, IPS ou médecin

Vaccins et Tests	Nom du vaccin	Date	Initiales
TCT recommandé <input type="checkbox"/> TCT non recommandé <input type="checkbox"/>	1 ^{re} lecture _____ mm		
	2 ^e lecture _____ mm <input type="checkbox"/> TCT Positif <input type="checkbox"/> TCT Négatif	Si positif, un suivi médical est obligatoire. Svp cocher la case appropriée dans la section "Attestation"	
Diphthérie-Coqueluche-Tétanos	<input type="checkbox"/> Dose #1		
	<input type="checkbox"/> Dose #2		
	<input type="checkbox"/> Dose #3		
	<input type="checkbox"/> Dose #4		
Rougeole-Rubéole-Oreillons <i>(Attention : TCT doit être effectué avant)</i>	<input type="checkbox"/> Dose #1		
	<input type="checkbox"/> Dose #2		
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Dose #1		
	<input type="checkbox"/> Dose #2		
	<input type="checkbox"/> Dose #3		
	<input type="checkbox"/> Dose #4		
Varicelle <i>(Si combiné avec un autre vaccin, svp indiquer le nom du vaccin)</i>	<input type="checkbox"/> Dose #1		
	<input type="checkbox"/> Dose #2		

Doses Manquantes

Nom du vaccin manquant	Nombre de doses	Date(s) prévue(s) pour les recevoir	Commentaires et initiales de l’infirmier.ère, IPS ou médecin
DCT			
RRO			
Hépatite B			
Varicelle			

Attestation (complétée par l’infirmier.ère, IPS ou médecin)

Premières doses administrées <input type="checkbox"/>	Tests tuberculiques complétées <input type="checkbox"/>
Doses manquantes complétées <input type="checkbox"/>	TCT + Suivi médical obligatoire <input type="checkbox"/>
Vaccination complétée <input type="checkbox"/>	

Nom de l’infirmière, IPS ou médecin: _____ # permis: _____

Signature: _____ Initiales: _____ Date: _____