

**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 | | **❒ Non-indiqué**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **Date consult./examen :**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | Feuille d’éval. indication TCT jointe **❒\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Copie rapport de consult. jointe **❒\_\_\_\_\_\_\_** |
| Vaccins diphtérie-coqueluche-tétanos-polio Nom du vaccin et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1° **MMR – RRO** **(**rougeole-rubéole-oreillons)  2° MMR **❒** ou anti-rougeoleux **❒** | | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Vaccin Hépatite B 1ère dose :  2e dose:  3e dose:  anti-HBs : pos.≥10 UI/L \_\_\_\_\_\_\_nég \_\_\_\_\_\_\_  Si dosage négatif : refaire une dose de vaccin hépatite B suivi d’un autre dosage un mois après.  4e dose :  anti-HBs : pos.≥10 UI/L \_\_\_\_\_\_\_nég \_\_\_\_\_\_\_  Si le 2e dosage est négatif redonner 2 autres doses  5e dose :  6e dose : anti-HBs : pos.≥10 UI/L \_\_\_\_\_\_\_nég \_\_\_\_\_\_\_ | | **❒ Non-indiqué**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **❒ Sérologie non requise**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Est-ce que l’étudiant(e) a eu la **varicelle ou histoire antérieure de zona** ?  oui **❒** non **❒ et année ou âge**  Si non, épreuve sérologique :  Résultat : négatif **❒** positif **❒**  Si négatif : Vaccin varicelle dose 1  Vaccin varicelle dose 2 | | Année ou âge :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Méningite :  < de 18 ans : méningocoque C nécessaire  ❒ Non applicable ❒ Dose reçue | | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ | Programme vaccinal complété  (date, signature et sceau) | | |

**Mise à jour du 6 juin 2018**



Faculté des sciences infirmières

**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/](http://www.who.int/fr/)).

Je m’engage à respecter cette politique.

(Nom, prénom) (Matricule)

(Signature) (Date)



Faculté des sciences infirmières

**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 1er 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Faculté des sciences infirmières

**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)



Faculté des sciences infirmières

**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)



Faculté des sciences infirmières

**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)



Faculté des sciences infirmières

**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)