

## 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.

Envoyer ce document avec vos informations, critères et questions répondues ainsi que vos preuves de vaccination (carnet de vaccination) à l'infirmière vérificatrice de la FSI, à l'adresse courriel suivante : [sylvie.dorris@umontreal.ca](mailto:sylvie.dorris@umontreal.ca)

- ❖ Si aucun TCT et/ou vaccin n'est requis après évaluation de votre relevé vaccinal, celui-ci vous sera retourné par courriel, signé et coché. Ensuite, vous devez le déposer sur Synchro via le formulaire CHE-santé avec les autres documents demandés dans la procédure.
- ❖ Si un TCT et/ou des vaccins 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 reçus 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 via le formulaire CHE-santé avec les autres documents demandés dans la procédure.

### Section à compléter par l'étudiante ou l'étudiant

Nom : _____	DDN : ____/____/____	Bac initial <input type="checkbox"/>
Prénom : _____	Matricule : _____	Dec-Bac <input type="checkbox"/>

#### **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 ( $\geq 30$  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 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 l'étudiant - SÉJOUR EN RÉGION À RISQUE POUR LA TUBERCULOSE**

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.

**Je m'engage à respecter cet engagement.**

Signature de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Section à compléter par l’infirmière vérificatrice de la FSI**

Vaccins et Tests	Nom du vaccin	Date	Initiale
TCT recommandé <input type="checkbox"/>	1 <sup>re</sup> lecture ____ mm		
TCT non recommandé <input type="checkbox"/>	2 <sup>e</sup> lecture ____ mm		
<b>Diphtérie-Coqueluche-Tétanos</b>			
<b>Rougeole-Rubéole-Oreillons</b>			
<b>Hépatite B</b>			
<b>Varicelle</b>			

**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		

Nom de l’infirmière vérificatrice \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Programme vaccinal amorcé

Programme vaccinal complété