

FORMULAIRE D'ÉTAT IMMUNITAIRE



Si vous n'avez aucune donnée disponible de vaccination, veuillez prendre rapidement un rendez-vous à un centre de vaccination ou avec un médecin de famille. Le service de santé du campus sera apte à accueillir les étudiantes et les étudiants à compter du mois de septembre.

Nom _____
 Prénom _____
 Matricule étudiant _____
 Date de naissance _____ / _____ / _____

ÉTUDIANT SANS BASE VACCINALE: S.V.P. cocher si tel est le cas

VACCIN DIPHTÉRIE -TÉTANOS (dT)	Nom du vaccin	Date de la vaccination (J/M/A)	Administré ou vérifié par:
1 ^{ère} dose	_____	____/____/____	_____
2 ^e dose	_____	____/____/____	_____
3 ^e dose	_____	____/____/____	_____
4 ^e dose	_____	____/____/____	_____
COMPLÉT <input type="checkbox"/>			

COQUELUCHE (dCaT)	Nom du vaccin	Date de la vaccination (J/M/A)	Administré ou vérifié par:
1 dose (Boostrix ou Adacel)	_____	____/____/____	_____
Dose de rappel (adulte)	_____	____/____/____	_____
Une dose est obligatoire à partir de l'âge de 18 ans, mais il est recommandé d'attendre 5 ans pour cette dose de rappel si la dernière dose a été reçue à l'adolescence. Certains établissements de santé exigent une dose de rappel aux 5 ans.			
COMPLÉT <input type="checkbox"/>			

POLIOMYELITE (IPV, OPV)	Nom du vaccin	Date de la vaccination (J/M/A)	Administré ou vérifié par:
1 ^{ère} dose	_____	____/____/____	_____
2 ^e dose	_____	____/____/____	_____
3 ^e dose	_____	____/____/____	_____
Vaccination obligatoire si non immunisé, antécédents non connus et pourrait être exposé à des cas de poliomyélite ou se rend dans des régions avec éclosions de poliomyélite			
COMPLÉT <input type="checkbox"/>			

ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS	Nom du vaccin	Date de la vaccination (J/M/A)	Administré ou vérifié par:
1 ^{ère} dose	_____	____/____/____	_____
2 ^e dose	_____	____/____/____	_____
Résultat sérologique	<input type="checkbox"/> Pos _____ <input type="checkbox"/> * Neg _____	1 ^{ère} dose * _____ 2 ^e dose _____ (4 sem post 1 ^{ère} dose)	_____
COMPLÉT <input type="checkbox"/>			

HEPATITE B	Nom du vaccin	Date de la vaccination (J/M/A)	Administré ou vérifié par:
1 ^{ère} dose	_____	____/____/____	_____
2 ^e dose	_____	____/____/____	_____
3 ^e dose	_____	____/____/____	_____
* Sérologie obligatoire Anti-HBs	Pos. ≥ 10 UI/L _____ Nég. _____ ** Résultat chiffré date: _____		* Si sérologie négative, redonner une dose du vaccin de l'hépatite B suivi d'une autre sérologie un mois après
4 ^e dose	_____	____/____/____	_____
* Sérologie obligatoire Anti-HBs	Pos. ≥ 10 UI/L _____ Nég. _____ ** Résultat chiffré date: _____		
5 ^e dose	_____	____/____/____	_____
6 ^e dose	_____	____/____/____	_____
* Sérologie obligatoire Anti-HBs	Pos. ≥ 10 UI/L _____ Nég. _____ ** Résultat chiffré date: _____		
Si < 10mUI/ml après deux séries de vaccination, la personne est donc un "non répondeur". Ne plus administrer de vaccin, un suivi médical est recommandé.			
COMPLÉT <input type="checkbox"/>			

TUBERCULOSE (TCT)	Date de l'injection (J/M/A)	Date de la lecture (48 à 72 heures après)	Administré ou vérifié par:	Résultat de l'induration
1 ^{er} TCT	____/____/____	____/____/____	_____	_____ mm *
2 ^e TCT	____/____/____	____/____/____	_____	_____ mm *
* Si résultat ≥ 10 mm, doit assurer les suivis suivants : <input type="checkbox"/> Prescription d'un rayon X pulmonaire <input type="checkbox"/> consultation médicale documentée (preuve à l'appui) autre recommandation: _____		Histoire de vaccin dans le passé BCV ou Monovax <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
COMPLÉT <input type="checkbox"/>				

VACCIN ANTIGRIPIAL (fortement encouragé) Dans certains établissements de santé, ce vaccin est obligatoire.	1 ^{er} : ____/____/____	2 ^e : ____/____/____	3 ^e : ____/____/____	4 ^e : ____/____/____	5 ^e : ____/____/____	COMPLÉT <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

VARICELLE (Varivax ou Varilrix ou Priorix Tétra)	Avez-vous déjà eu la varicelle?	Administré ou vérifié par:
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	_____
Sérologie obligatoire		
Résultat sérologique	<input type="checkbox"/> Pos _____ <input type="checkbox"/> * Neg _____	1 ^{ère} dose * _____ 2 ^e dose _____ (4-6 sem post 1 ^{ère} dose)
COMPLÉT <input type="checkbox"/>		

Programme de vaccination et de dépistage complété et approuvé par le Service de santé de l'Université de Moncton ou la coordonnatrice des cours cliniques de l'École de Science infirmière.

Le ____ / ____ / ____ Signature de l'infirmière : _____

VACCIN DIPHTÉRIE- COQUELUCHE -TÉTANOS (CDT)							
<p>Première vaccination (habituellement durant l'enfance) :</p> <p>Doit fournir une preuve écrite d'avoir reçu au moins 3 vaccins contre la diphtérie et le tétanos (dT), une des doses étant le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dCaT). En l'absence de preuves : doit recevoir une première dose du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (dCaT), une 2^e dose du vaccin diphtérie-tétanos (dT) 4 à 8 semaines après, et une 3^e dose du vaccin diphtérie-tétanos (dT) 6 à 12 mois plus tard.</p> <p>Une dose est obligatoire après l'âge de 18 ans. Il est recommandé d'attendre 5 ans pour la dose de rappel si la dernière dose a été donnée à l'adolescence. Une preuve écrite du vaccin de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dCaT) doit être fournie pour les derniers 10 ans (le vaccin dcaT remplaçant une des doses du vaccin dT qui habituellement est offert à tous les 10 ans).</p>							
POLIOMYÉLITE (IPV, OPV)							
<p>Doit avoir reçu 3 vaccins (le 2^e vaccin étant administré de 4 à 8 semaines suite à la 1^{ère} dose et le 3^e vaccin, 6 mois à 1 an suite à la 2^e dose).</p>							
ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS							
<p>Doit fournir une preuve écrite d'avoir reçu 2 doses du vaccin RRO ou une preuve écrite d'une sérologie positive confirmant l'immunité</p>							
HÉPATITE B							
<p>Doit avoir reçu 3 vaccins contre l'hépatite B (à l'âge de 0, 1 mois, 6 mois) et doit avoir subi, suite aux vaccins, un test sérologique indiquant un taux d'anticorps anti-HBs \geq 10 UI/L.</p> <p>Si le taux d'anticorps anti-HBs est inférieur à 10 UI/L, doit fournir une preuve écrite d'avoir reçu un rappel du vaccin contre l'hépatite B et d'avoir subi 1 mois après, un test sérologique d'anticorps (AntiHBs). Si l'anti-HBs est \geq 10 UI/L, la personne est considérée immunisée. Si ce n'est pas le cas, elle doit fournir la preuve écrite d'une 2^e série vaccinale (même calendrier que la 1^{ère} série) et avoir subi 1 à 6 mois après, un test sérologique AntiHBs. Si le résultat de ce test est inférieur à 10 UI/L, la personne est considérée "non-répondeuse" à 2 séries vaccinales.</p>							
TUBERCULOSE (TCT en 2 étapes)							
<p>Doit fournir une preuve écrite du dépistage en 2 étapes, le 2^e dépistage est exécuté 1 à 4 semaines après le premier. Le résultat (lecture du PPD) doit être vérifié entre 48 et 72 heures après l'administration du test.</p> <p>* Une consultation médicale, incluant une radiographie pulmonaire, est requise lorsque le résultat du PPD est positif (\geq 10 mm) ou si la documentation médicale, incluant le rapport de radiographie pulmonaire, secondaire à un PPD antérieur positif n'est pas disponible.</p>							
VACCIN ANTIGRIPIAL (fortement encouragé) Dans certains établissements de santé, ce vaccin est obligatoire.		1er: ____/____/____	2e: ____/____/____	3e: ____/____/____	4e: ____/____/____	5e: ____/____/____	COMPLET <input type="checkbox"/>
VARICELLE (varivax ou varilrix ou priorix tétra)							
<p>Doit fournir une preuve écrite d'une sérologie positive confirmant l'immunité à la varicelle, ou fournir une preuve écrite d'avoir reçu 2 doses du vaccin contre la varicelle (2^e dose étant administrée 4 à 6 semaine après la 1^{ère} dose).</p> <p>Si la sérologie est négative, doit recevoir 2 doses du vaccin.</p>							

Les vaccins et les tests de dépistage doivent être effectués dans les plus brefs délais. Ce formulaire doit être retourné avant le début du cours clinique, au bureau de la coordonnatrice clinique de l'ÉSI, Nathalie Desroches, bureau 110JB, Campus de Moncton. Ce formulaire doit être complété et signé par une infirmière ou un médecin. La vaccination doit être refaite au complet en l'absence de preuves de vaccination.

Références :

Santé Canada - Guide canadien d'immunisations (2017)/Calendrier d'immunisation systématique du N.-B. (2017)
Réseau de santé Vitalité. (1er juillet 2016). GEN.4.50.10 : Immunisation des stagiaires.
Horizon Health Network. (24 avril 2012). HHN-OD-011 : Immunization of Personnel.