

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.



UNIVERSITÉ DE MONCTON
EDMUNDSTON MONCTON SHIPPAGAN

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

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

nom du vaccin	Date de vaccination (J/M/A)	Signature et sceau du professionnel de la santé
VACCIN DIPHÉRIÉ - TÉTANOS (dT)		
1ère dose (Obligatoire)	____/____/____	____
2e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
3e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
4e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
COQUELUCHE (dGat)		
nom du vaccin	Date de vaccination (J/M/A)	Signature et sceau du professionnel de la santé
1 dose (Boostrix ou Adacel) (Obligatoire)	____/____/____	____
Dose de rappel (adulte)	____/____/____	____
1. dose obligatoire à l'âge adulte (à partir de 16 ans) mais recommandée d'atteindre 5 ans pour la dose de rappel si dernière dose reçue à l'adolescence. Certains établissements de santé exigent une dose de rappel aux 5 ans.		
POLIOMYÉLITE (IPV, OPV)		
nom du vaccin	Date de vaccination (J/M/A)	Signature et sceau du professionnel de la santé
1 dose obligatoire après l'âge de 4 ans	____/____/____	____
1ère dose (Sabin ou Salk ou Imovax polio)	____/____/____	____
2e dose (Sabin ou Salk ou Imovax polio)	____/____/____	____
3e dose (Sabin ou Salk ou Imovax polio)	____/____/____	____
vaccination obligatoire si pas immunisé, antécédents pas connus et pourrait être exposé à des cas de poliomyélite ou se rendre dans des régions avec épidémies de poliomyélite		
ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS		
nom du vaccin	Date de vaccination (J/M/A)	Signature et sceau du professionnel de la santé
2 doses de RRO ou si aucune preuve, sérologie obligatoire	____/____/____	____
1ère dose (Obligatoire)	____/____/____	____
2e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
Résultat sérologie <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> * Neg (4 sem post 1ère dose)		
HÉPATITE B		
nom du vaccin	Date de vaccination (J/M/A)	Signature et sceau du professionnel de la santé
1ère dose (Obligatoire)	____/____/____	____
2e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
3e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
4e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
5e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
6e dose (Obligatoire)	____/____/____	____
* Sérologie obligatoire Anti-HBs		
** Si dosage négatif, refaire une dose de vaccin hépatite B suivi d'une autre sérologie un mois après		
Pos : > 10 UI/L Nég. _____		
** Résultat chiffré		
Pos : > 10 UI/L Nég. _____		
** Résultat chiffré		
** 51 le 2e dosage négatif, redonner deux autres doses		
Pos : > 10 UI/L Nég. _____		
** Résultat chiffré		
TUBERCULOSE (TCT en 2 étapes)		
Date de l'injection (J/M/A)	Date de la lecture (48 à 72 heures après)	Signature et sceau du professionnel de la santé
1er TCT (Obligatoire)	____/____/____	____
2e TCT (Obligatoire) 7 à 28 jours après	____/____/____	____
1ère dose	____/____/____	____
* Si résultat : > 10 mm: Devra être referé au service de santé pour prescription d'un rayon X pulmonaire ou autre recommandation (ex. quantiferon)		
Historie de vaccin dans le passé		
BCV ou Monovax <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
VACCIN ANTIGRIPIAL (fortement encouragé) Dans certains établissements de santé, ce vaccin est obligatoire.		
1er: ____/____/____	2e: ____/____/____	3e: ____/____/____
4e: ____/____/____	5e: ____/____/____	6e: ____/____/____
VACCIN COVID (vaccination complète - 3 doses ou preuve écrite du certificat d'exemption médical) selon les dernières recommandations du Gouvernement du N.-B.		
1er: ____/____/____	2e: ____/____/____	3e: ____/____/____
Avez-vous déjà eu la varicelle? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS		
VARICELLE (varivax ou varivax ou prionx tétra)		
2. doses du vaccin ou si aucune preuve, sérologie obligatoire		
1ère dose *	2e dose *	Date de vaccination
____/____/____	____/____/____	____/____/____
* (4-6 sem post 1ère dose)		
Résultat sérologie <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> * Neg		
Signature et sceau du professionnel de la santé		
COMPLET <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 clinique de l'école de science infirmière.

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

VACCIN DIPHTÉRIE- COQUELUCHE -TÉTANOS (CDT)

Première vaccination (habituellement durant l'enfance) : 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 2e dose du vaccin diphtérie-tétanos (dT) 4 à 8 semaines après, et une 3e dose du vaccin diphtérie-tétanos (dT) 6 à 12 mois plus tard.

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).

POLIOMYÉLITE (IPV, OPV)

Doit avoir reçu 3 vaccins (le 2e vaccin étant administré de 4 à 8 semaines suite à la 1ère dose et le 3e vaccin, 6 mois à 1 an suite à la 2e dose).

ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS

Suite à deux preuves écrites de doses RRO, la sérologie n'est pas indiquée. Cependant, si aucune preuve de vaccin RRO, la sérologie est donc nécessaire.

HÉPATITE B

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.

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 2e série vaccinale (même calendrier que la 1ère 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.

TUBERCULOSE (TCT en 2 étapes)

Doit fournir une preuve écrite du dépistage en 2 étapes, le 2e 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.* 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.

VARICELLE (varivax ou varilrix ou priorix tétra)

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 (2e dose étant administrée 4 à 6 semaines après la 1ère dose).

Si la sérologie est négative, doit recevoir 2 doses du vaccin.

Les vaccins et les tests de dépistage doivent être effectués dans les plus brefs délais. Ce formulaire doit être retourné avant le début des cours cliniques, au bureau de la coordonnatrice clinique de votre campus. Ce formulaire doit être complété et signé par une infirmière ou un médecin. Les preuves de sérologies de l'hépatite B et de la varicelle doivent être attachées à ce formulaire. La vaccination doit être refaite au complet en l'absence de preuves de vaccination.

Références :

Santé Canada - Guide canadien d'immunisations 7e édition /Calendrier d'immunisation systématique du N.-B. (2017)
Réseau de santé Vitalité - Politique Immunisations des stagiaires. GEN.4.50.10 (2016)
Réseau de santé Horizon - Politique Immunisation du personnel. HHN-OD-011 (2012)