



Nom: _____ NI : _____

Si aucun vaccin reçu ou preuve de vaccination manquante, débiter la série primaire dès que possible:

1^e dose ____ / ____ / ____
(dCaT) jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

2^e dose ____ / ____ / ____
(dT) jj mm aa
(4-8 semaines après la première dose)

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

3^e dose ____ / ____ / ____
(dT) jj mm aa
(6-12 mois après la deuxième dose)

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

COMPLET

POLIO (VPI) : Vaccin obligatoire si pas immunisé, antécédent pas connus ET pourrait être exposé à des cas de poliomyélite ou se rendre dans des régions avec éclosions de *poliomyélite*.

1^{re} ____ / ____ / ____, 2^e ____ / ____ / ____, 3^e ____ / ____ / ____, 4^e ____ / ____ / ____
 jj mm aa jj mm aa jj mm aa jj mm aa

*La 4^e dose de polio n'est pas requise si la 3^e dose a été donné le jour du 4^e anniversaire ou après.

Vérfié par: _____

COMPLET

Si aucun vaccin de polio n'a été reçu et qu'il y a nécessité de le recevoir:

1^e dose ____ / ____ / ____
 jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

 jj mm aa
(4-8 semaines après la première dose)

Administré par : _____

3^e dose ____ / ____ / ____
 jj mm aa
(6-12 mois après la deuxième dose)

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

COMPLET

ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS : Preuve écrite que la personne étudiante a reçu au moins 2 doses de RRO, si aucune preuve, sérologie **obligatoire**.

1^{re} ____ / ____ / ____, 2^e ____ / ____ / ____
 jj mm aa jj mm aa

Vérfié par: _____

Résultat sérologie: Positif Négatif

Date: ____ / ____ / ____
 jj mm aa

COMPLET

(Si aucune preuve, voir page 3)



Nom: _____ NI : _____

Si aucun vaccin RRO reçu:

1e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

2e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

(4 semaines après la première dose)

COMPLET

HÉPATITE B : Preuve écrite que la personne étudiante a reçu 3 vaccins (série primaire) contre l'hépatite B ET a subi un test sanguin (titrage) indiquant un taux d'anticorps **anti-Hbs \geq 10mUI/mL**

1^{re} ____ / ____ / ____ , 2^e ____ / ____ / ____ , 3^e ____ / ____ / ____ ,
jj mm aa jj mm aa jj mm aa

Vérifié par: _____

Sérologie **obligatoire** : Anti-Hbs Date: ____ / ____ / ____ ,

Résultat sérologie : = ____ UI/mL Positif Négatif Date: ____ / ____ / ____
jj mm aa

Vérifié par: _____

HÉPATITE B - suite

Si dosage négatif, administrer une dose (4^e dose) de vaccin contre l'hépatite B, suivi d'une sérologie 1 mois après cette dose

4e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

Titrage 1 mois après 4e dose: Anti-Hbs Date: ____ / ____ / ____

Résultat sérologie : = ____ UI/mL Positif Négatif Date: ____ / ____ / ____
jj mm aa

Vérifié par: _____

Si le 2e Titrage est négatif, administrer deux autres doses (5^e et 6^e dose)

5e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

(1 mois post 4e dose)

5e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

(5 mois post 5e dose)

Si résultat sérologie < 10 mUI/mL après deux séries de vaccination, la personne est donc un non répondeur. Ne plus administrer de vaccin. Un encadrement médical est recommandé.

COMPLET



(Si aucun vaccin reçu, voir page 4)

Nom: _____ NI : _____

Si aucun vaccin contre l'hépatite B reçu:

1e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

2e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

(1 mois après la première dose)

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

3e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

(5 moi après la deuxième dose)

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

COMPLET

VARICELLE : Preuve écrite confirmant que la personne étudiante a reçu deux doses de vaccin contre la varicelle **ou** preuve écrite confirmant l'immunité

1^{re} ____ / ____ / ____ , 2^e ____ / ____ / ____
jj mm aa jj mm aa

Vérfié par: _____

OU Résultat sérologie: Positif Négatif

Date: ____ / ____ / ____

jj mm aa

Vérfié par: _____

Si aucun vaccin reçu ou résultat sérologie négatif ou « douteux » doit recevoir 2 doses

1e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

2e dose ____ / ____ / ____
jj mm aa

(4-6 semaines post première dose)

Nom du vaccin : _____

Administré par : _____

COMPLET

VACCIN ANTIGRIPAL: Fortement encouragé. Dans certains établissements de santé, ce vaccin est obligatoire.

Inscrire la date de la dernière vaccination s'il y a lieu: Date: ____ / ____ / ____

jj mm aa

Vérfié par: _____

COMPLET

VACCIN COVID: fortement encouragé.

1^{re} ____ / ____ / ____ , 2^e ____ / ____ / ____ , 3^e ____ / ____ / ____ , 4^e ____ / ____ / ____
jj mm aa jj mm aa jj mm aa jj mm aa

Vérfié par: _____

COMPLET

Formulaire d'état immunitaire complété

Par : _____ Titre/profession : _____

Signature : _____ Date : _____

Adresse et estampille (s'il y a lieu) : _____
