

Formulaire d'état immunitaire

FORMULAIRE D'ÉTAT IMMUNITAIRE		
<p>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.</p>	Nom	
	Prénom	
	Matricule étudiant	
	Date de naissance	___ / ___ / ___
<p>ÉTUDIANT SANS BASE VACCINALE: <input type="checkbox"/> SVP, cochez si tel est le cas.</p>		

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

COQUELUCHE (dCaT)		Date de la vaccination	Administré ou vérifié par:
	Nom du vaccin	(J/M/A)	
1 dose (Boostrix ou Adacel)		___ / ___ / ___	
Dose de rappel (adulte)		___ / ___ / ___	
<p>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.</p>			COMPLÉT <input type="checkbox"/>

POLIOMYÉLITE (IPV, OPV)		Date de la vaccination	Administré ou vérifié par:
1 dose obligatoire après l'âge de 4 ans	Nom du vaccin	(J/M/A)	
1 ^{re} 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.			COMPLET <input type="checkbox"/>

ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS		Date de la vaccination	Administré ou vérifié par:
2 doses de RRO ou 1 RRO et 1 anti rougeoleux	Nom du vaccin	(J/M/A)	
1 ^{re} dose		___ / ___ / ___	
2 ^e dose		___ / ___ / ___	
<u>Résultat sérologique</u>	<input type="checkbox"/> Pos ___	1 ^{re} dose * ___ 2 ^e dose ___	
	<input type="checkbox"/> * Neg ___	(4 sem. post 1 ^{ere} dose)	
			COMPLET <input type="checkbox"/>

HÉPATITE B		Date de la vaccination	Administré ou vérifié par:
	Nom du vaccin	(J/M/A)	
1 ^{re} dose		___ / ___ / ___	
2 ^e dose		___ / ___ / ___	
3 ^e dose		___ / ___ / ___	
* Sérologie obligatoire Anti-HBS	Pos. ≥ 10 UI/L _____ Nég. _____ ** Résultat chiffré date: _____		* Si la sérologie est négative, redonner une dose du vaccin de l'hépatite B, suivi d'une autre sérologie un mois plus tard
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.			COMPLET <input type="checkbox"/>

TUBERCULOSE (TCT)	Date de l'injection	Date de la lecture	Administré ou vérifié par:	Résultat de l'induration
	(J/M/A)	(48 à 72 heures après)		
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) <input type="checkbox"/> autre recommandation: _____		Histoire de vaccin dans le passé BCV ou Monovax <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		COMPLET <input type="checkbox"/>

VACCIN ANTIGRIPPAL (fortement encouragé). Dans certains établissements de santé, ce vaccin est obligatoire.	1 ^{er} : ___/___/___	2 ^e : ___/___/___	3 ^e : ___/___/___	4 ^e : ___/___/___	5 ^e : ___/___/___	COMPLET <input type="checkbox"/>
VACCIN COVID (vaccination complète - 3 doses ou preuve écrite du certificat d'exemption médical) selon les dernières recommandations du Gouvernement du N.-B.	1 ^{er} : ___/___/___	2 ^e : ___/___/___	3 ^e : ___/___/___	4 ^e : ___/___/___		COMPLET <input type="checkbox"/>

VARICELLE (Varivax ou Varilrix ou Priorix Tétra)		Avez-vous déjà eu la varicelle? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS		Administré ou vérifié par:	
2 doses du vaccin ou si aucune preuve, sérologie obligatoire				(J/M/A)	
<u>Résultat sérologique</u>	<input type="checkbox"/> Pos _____	1 ^{ère} dose * _____	___/___/___		
	<input type="checkbox"/> * Neg _____	2 ^e dose _____ (4-6 sem. post 1 ^{ère} dose)	___/___/___		
					COMPLET <input type="checkbox"/>

Programme de vaccination et de dépistage doit être complété et approuvé par le Service de santé de l'Université de Moncton.

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

Ce formulaire doit être rempli 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 recommencée au complet en absence de preuves de vaccination.

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 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.
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 tous les 10 ans).
POLIOMYÉLITE (IPV, OPV)
Doit avoir reçu 3 vaccins (le 2 ^e vaccin étant administré de 4 à 8 semaines suite à la 1 ^{re} dose et le 3 ^e vaccin, 6 mois à 1 an suite à la 2 ^e dose).
ROUGEOLE-RUBÉOLE-OREILLONS
Doit fournir une preuve écrite d'avoir reçu 2 doses du vaccin RRO ou une preuve écrite d'une sérologie positive confirmant l'immunité.
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 ≥ 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 ≥ 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 ^{re} 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 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. * Une consultation médicale, incluant une radiographie pulmonaire, est requise lorsque le résultat du PPD est positif (≥ 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 (2 ^e dose étant administrée 4 à 6 semaines après la 1 ^{re} dose). Si la sérologie est négative, doit recevoir 2 doses du vaccin.

(École réseau de science infirmière (ÉRSI) de l'Université de Moncton (2018-08-17). Formulaire d'état immunitaire développé et révisé par l'ÉRSI d'après les

références suivantes : Santé Canada - Guide canadien d'immunisations (2017) /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).