



DOSSIER D'IMMUNISATION

Université McGill/ Hôpitaux d'enseignement universitaire de McGill

S.V.P. Remplir en lettres moulées

Renseignements personnels

Nom:		Prénom :	
Adresse (numéro, rue, app.) :		Municipalité/Province/État/Pays:	Code postal/Zip :
Date de naissance (aa/mm/jj):		Étudiant/Résident N°	
N° assurance maladie :		Province :	Date d'expiration : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
N° téléphone: (ind. rég.)		1- Résidence à Montréal	2- Cellulaire :
		3- Téléavertisseur :	
Courriel:		Étudiant étranger/Postdoctorant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Cochez la case appropriée	Médecine/Dentisterie :		
	<input type="checkbox"/> Études de médecine (étudiant) <input type="checkbox"/> Études de dentisterie (étudiant) <input type="checkbox"/> Diplômé de médecine (résident/postdoctorant) <input type="checkbox"/> Autre _____		

Autorisation de divulgation de renseignements : Je comprends qu'il est de ma responsabilité de déclarer au personnel autorisé toute maladie contagieuse, tout besoin particulier ou tout état pathologique pouvant présenter un risque pour ma santé ou celle des autres au cours de mes stages cliniques. Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire seront conservés pour l'utilisation de mon milieu clinique seulement. En l'occurrence et pour toute la durée du programme, j'autorise, si nécessaire, la transmission de mon dossier d'immunisation soit 1) au milieu clinique d'exposition professionnelle; 2) ou, sur demande, soit au milieu clinique ou à l'établissement de santé où je reçois des soins médicaux ou 3) soit au milieu clinique où je poursuis ma formation clinique.

Signature de l'étudiant

Date

Politique d'assignation des stages cliniques (1^{er}, 2^e et 3^e cycles)

Les médecins et les infirmières ont l'obligation de se protéger et de protéger les autres contre les infections susceptibles d'être transmises dans leur milieu clinique. Grâce à l'immunisation, il est possible de prévenir la transmission d'infections et de protéger la santé des étudiants pendant les stages qui sont liés à leur programme d'études, et une fois sur le marché du travail..

- La politique de vaccination de l'Université McGill est obligatoire et s'applique à tous les étudiants/stagiaires inscrits dans des programmes impliquant des stages cliniques dans les agences de santé et des services sociaux de la région de Montréal ou à l'extérieur.
- Ces établissements de santé se réservent le droit de refuser l'accès aux étudiants/stagiaires qui ne répondent pas à leurs exigences en matière d'immunisation et de tests de dépistage.
- Chaque étudiant/stagiaire a la responsabilité d'effectuer les démarches nécessaires pour compléter la Politique de vaccination, et ce, dans les délais requis. L'étudiant/stagiaire qui refuse ou qui néglige de respecter ces mesures pourra voir son entrée en fonction comme stagiaire retardée, son salaire retenu, et cela, jusqu'à ce qu'il ait complété sa démarche de vaccination.

Chaque étudiant/stagiaire doit :

- Dûment remplir le formulaire, écrire de façon lisible, signer lui-même le formulaire et le faire signer par un médecin ou une infirmière autorisée. Les copies sont à conserver au dossier personnel.
- Joindre au formulaire la copie **ORIGINALE** du *Carnet international de vaccination ou du relevé vaccinal*, les résultats des tests de sérologie et le rapport radiologique de la radiographie pulmonaire, si le test de Mantoux est positif. Il faut compter plusieurs semaines avant d'obtenir ces documents.
- Si nécessaire, joindre toute dispense médicale (**les dispenses personnelles ne sont pas acceptées.**)

Bureaux désignés (pour le retour des formulaires complétés)

CUSM - Adultes: Sonya Panzera, Bureau des résidents - Hôpital Royal Victoria, 1001 boul. Décarie, bureau E05.1310, Montréal, Qc H4A 3J1 | Tél.: 514-934-1934, 34387 | Courriel: sonya.panzera@muhc.mcgill.ca

CUSM - Pédiatrie: Josee Warda, Bureau des résidents - Hôpital de Montréal pour enfants, 1001 boul. Décarie, bureau B01.6245, Montréal, Qc H4A 3J1 | Tél.: 514-412-4416 | Courriel: josee.warda@muhc.mcgill.ca

Hôpital général juif: Mimi Katergaris, Hôpital général juif, 3755, chemin Côte Ste-Catherine, A-142, Montréal, Qc H3T 1E2 | Tél.: 514-340-8222, 5932 | Courriel: mkatergaris@jgh.mcgill.ca

Hôpital St. Mary's: Ornella Cosentino, St. Mary's Hospital, 3830, rue Lacombe, bureau 1311, Montréal, Qc H3T 1M5 | Tél: 514-345-3511, 6628 | Courriel: ornella.cosentino@ssss.gouv.qc.ca

CSSS de Gatineau: Diane Nadon, CSSS de Gatineau, 500 boul. de l'Hôpital, bureau 202, Gatineau, Qc J8V 2P5 | Tel: 819 966-6171, poste 3245 | Courriel: diane_nadon@ssss.gouv.qc.ca

CSSS Jardins-Roussillon: Isabelle Lapierre, Unité de médecine familiale Jardins-Roussillon, 200, boul. Brisebois, Châteauguay, Qc J6K 4W8 | Tel: 450-699-2425, 4620 | Email: isabelle.lapierre.csssjr16@ssss.gouv.qc.ca

CISSAT- Hôpital de Val-d'Or: Isabelle Hébert, UMF de la Vallée-de-l'Or, 525 6e rue, Val-d'Or, Qc, J9P 3V6 | Tel: 819-825-5858, 3562 | Email: isabelle_hebert1@ssss.gouv.qc.ca

REV: 2015/05

DOSSIER D'IMMUNISATION

NOM ET PRÉNOM: _____ DATE DE NAISSANCE (aa/mm/jj) _____

JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION OU DU RELEVÉ VACCINAL

Diphthérie-Tétanos

Vaccination primaire complète Preuve écrite ci-jointe **OU** Non disponible (remplir ci-après)

Dernier rappel: Vaccin: _____ Date: _____ Signature du professionnel _____

Chez l'adulte sans antécédent de vaccination, la vaccination primaire complète comprend 3 doses ou injections vaccinales

	Date	Vaccin	Signature autorisée (médecin/infirmière)
Dose #1			
Dose #2 1-2 mois après la 1 ^{re} dose			
Dose #3 6-12 après la 2 ^e dose			

Coqueluche (dCaT, Adacel, Boostrix)

Avoir reçu (après l'âge de 14 ans) une dose d'un vaccin acellulaire contre la coqueluche -> Preuve ci-jointe **OU** Non disponible (remplir ci-près)

	Date	Vaccin	Signature autorisée (médecin/infirmière)
Dose			

POLIO

Vaccination primaire complète: Preuve écrite ci-jointe **OU** Non disponible (remplir ci-après)

Dernier rappel : Vaccin: _____ Date: _____ Signature du professionnel _____

Chez l'adulte sans antécédent de vaccination, la vaccination primaire comprend 3 doses ou injections vaccinales

	Date	Vaccin	Signature autorisée (médecin/infirmière)
Dose #1			
Dose #2 1-2 mois après la 1 ^{re} dose			
Dose #3 6-12 mois après la 2 ^e dose			

VARICELLE (PICOTE OU PICOTE VOLANTE)

Une épreuve sérologique contre la varicelle est obligatoire **pour tous** :

Résultat de la sérologie -> ci-joint. Si la sérologie est négative, une preuve écrite de vaccination est requise (remplir ci-après)

L'adulte sans histoire de vaccination qui présente une sérologie négative doit recevoir deux doses ou injections vaccinales contre la varicelle.

	Date	Vaccin	Signature autorisée (médecin/infirmière)
Dose #1			
Dose #2 1-2 mois après la 1 ^{re} dose			

ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE (ROR)

Preuve écrite ci-jointe **OU** Non disponible (remplir ci-après)

Preuve écrite de vaccination attestant l'administration d'au moins **DEUX** doses de vaccin contre la rougeole et contre les oreillons **et** d'au moins **UNE** dose de vaccin anti-rubéole (sans égard aux résultats de la sérologie.).

	Date	Vaccin	Signature autorisée (médecin/infirmière)
Dose #1			
Dose #2			

DOSSIER D'IMMUNISATION

NOM ET PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE (aa/mm/jj) _____

JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION OU DU RELEVÉ VACCINAL

HÉPATITE B

Vaccination primaire complète : Preuve écrite ci-jointe **ET** Sérologie anti-HBs Résultats -> ci-joints

→ Si le taux d'anti-HBs est inférieur à 10iu/ml, se reporter à la **Section A**, indiquer "Dose de rappel" et refaire un autre dosage après 2-4 semaines.
→ Si le taux d'anti-HBs est supérieur à 10iu/ml, aucune intervention au regard de l'hépatite B ne sera pas nécessaire – la personne est considéréeimmunisée.

Si la vaccination primaire **n'est pas** complète ou si aucune preuve écrite n'est **disponible**:

→ Recherche sérologique de "l'antigène AgHBs **ET** de l'anticorps de surface" (AcHBs) -> ci-jointe

Compte tenu des résultats obtenus, suivre les directives suivantes et indiquer laquelle des situations s'applique (case à cocher):

- ACHBs < 10iu/ml ET AgHBs Non détectés → Effectuer une série vaccinale (rapporter dans la **Section A**) et refaire un autre dosage après 2-4semaines.
- ACHBs < 10iu/ml ET AgHBs Détectés → Consulter les Services de santé.
- ACHBs > 10iu/ml ET AgHBs Non détectés → Immunisé - Aucune autre intervention n'est nécessaire.

Section A:

1.	Dose de rappel?	Date	Vaccin	Signature autorisée (médecin/infirmière)
Dose #1	Oui / Non			
Dose #2	Oui/ Non			
Dose #3				
Dose #4 Programme accéléré.				

TEST DE DÉPISTAGE À LA TUBERCULINE (Test de Mantoux) (Test de dépistage à la tuberculine (TCT 2 temps) obligatoire au moment de l'admission et pour cette raison, refaire chaque année un test cutané de dépistage (1 temps) ou après chaque exposition à la tuberculose)

Test de Mantoux antérieur positif ou TB traitée: Si vous avez déjà présenté une réponse significative documentée (induration mesurant ≥ 10 mm) au TCT (PPD/Mantoux) **OU** une histoire antérieure de tuberculose maladie ou de tuberculose-infection traitée, le test de dépistage à la tuberculine (TCT) **N'EST PAS INDIQUÉ**. Par contre, vous devez présenter une preuve écrite des résultats du test de dépistage de la TB, le rapport de la radiographie pulmonaire faite à ce moment ou à la suite du traitement ou, s'il y a lieu, une radio plus récente **ET** signer le document suivant:
Je certifie qu'actuellement je ne présente pas et n'ai pas présenté au cours du mois dernier, AUCUN des symptômes suivants: toux persistante de ≥ 4 semaines, hémoptysie (sang dans les crachats), fièvre de ≥ 7 jours ($\geq 38^\circ\text{C}$), sueurs nocturnes d'une durée de ≥ 7 jours et n'ai pas eu un diagnostic récent (ces 6 derniers mois) de TB active.

Ma situation est : (cochez une case): TCT POSITIF (preuve écrite ci-jointe) **OU** TB antérieure (traitée)

Signature _____ Date (jj/mm/aa) _____

→ Prophylaxie par INH ? OUI Spécifier les dates et la durée du traitement à l'INH : _____
 NON Inscrive la raison : _____

→ Chimio prophylaxie pour TB : Inscrive la date et le nom des médicaments: _____

*Dépistage tuberculique : TCT (PPD 5TU) – (2 étapes)

Si vous avez un dépistage négatif en 2 étapes (PPD) de moins de 1 an, joindre une preuve écrite des résultats. PPD **non indiqué** à ce moment-ci.
Si vous avez déjà eu un dépistage antérieur négatif en 2 étapes (PPD), joindre une preuve écrite des résultats, refaire un test de dépistage (PPD) maintenant et inscrire le résultat ci-après.
Si vous avez déjà un dépistage négatif en 1 étape (PPD) datant de plus de 1 an, joindre une preuve écrite des résultats, refaire un dépistage en 2 étapes maintenant et inscrire les résultats ci-après.
Si vous avez un dépistage négatif en 1 étape (PPD) de moins de 1 an, joindre une preuve écrite des résultats, refaire un test de dépistage (PPD) maintenant et inscrire les résultats ci-après.
Si vous n'avez aucune preuve écrite des résultats de tout test de dépistage (PPD), faire un test de dépistage en 2 étapes maintenant et inscrire les résultats ci-après.

PPD #1 Date d'immunisation : _____ Date de lecture: _____ Résultats _____ (mm induration) _____ Inf./MD

PPD #2 Date d'immunisation: _____ Date de lecture : _____ Résultats _____ (mm induration) _____ Inf./MD

Signature de la personne autorisée (médecin/ infirmière) (Veuillez indiquer le nom du médecin ou de l'infirmière, contact pour renseignement clinique et signature.)

Sceau:

Sceau :

Signature:

Signature:

EXIGENCES RELATIVES AU DOSSIER D'IMMUNISATION

Au médecin ou à l'infirmière

Nous vous remercions de votre collaboration dans le processus d'immunisation de ce candidat. Pour la sécurité ou l'intégrité physique des patients et des travailleurs de la santé, tout étudiant/stagiaire doit fournir une preuve écrite de vaccination antérieure ou d'immunité. Ces preuves peuvent être sous forme de carnet de santé, de carnet de vaccination, de relevé vaccinal ou de l'état immunitaire, de photocopie du dossier médical, etc. Les exigences d'immunisation énumérées ci-après, suivent, pour chaque section du formulaire, les recommandations tirées du *Protocole d'immunisation du Québec* ou tirées des *Lignes directrices générales du Guide canadien de l'immunisation – Préambule du Conseil consultatif canadien de l'immunisation*.

Directives générales :

1. Veuillez joindre au formulaire d'immunisation toute copie OFFICIELLE disponible de votre carnet de vaccination, relevé vaccinal ou toute autre preuve de vaccination ainsi que le résultat des sérologies demandées.
2. Le formulaire d'immunisation doit être dûment complété par un professionnel de la santé qui relève d'un médecin ou du médecin Conseil en santé publique.
3. Il est très important que toutes les personnes autorisées (médecin ou infirmière) qui remplissent une ou plusieurs cases du formulaire d'immunisation, apposent leur sceau et leur signature. Des cases sont prévues à cet effet. La signature et l'adresse du témoin certificateur doivent apparaître à la dernière page dudit formulaire.
4. Les établissements de santé se réservent le droit de refuser l'accès aux étudiants/stagiaires qui ne répondent pas à leurs exigences en matière d'immunisation et de tests de dépistages. Par conséquent, l'Université a donc fixé elle-même ses exigences d'immunisation, et cela, en prenant en considération les diverses attentes.
5. La politique de vaccination de l'Université s'applique à tout étudiant/stagiaire qui ne peut en être dispensé, et cela, pour aucune raison d'ordre personnel ou philosophique, sauf s'il s'agit de raisons médicales.
6. Toute décision prise par un professionnel de la santé (médecin ou infirmière) susceptible d'empêcher l'étudiant/stagiaire de satisfaire aux exigences de notre politique, ne fera que retarder et compliquer le processus d'immunisation de l'étudiant. En outre, tout étudiant qui soumet un formulaire incomplet, non signé ou en retard se verra interdire l'accès à ses stages cliniques et son salaire retenu, et cela, jusqu'à ce qu'il ait rempli toutes les conditions requises.

Exigences précises:

Diphtérie-Tétanos

1. L'étudiant /stagiaire est tenu de fournir des preuves écrites de vaccination primaire complète.
2. En l'absence de preuves écrites, une vaccination complète (3 doses) devra être faite et documentée.
3. L'étudiant/stagiaire est tenu de fournir la date du dernier rappel, et le vaccin doit avoir été reçu au cours des 10 dernières années précédant la date prévue de la remise des diplômes.

Coqueluche

1. L'étudiant/stagiaire est tenu de fournir une preuve écrite et documentée quant de l'administration (après l'âge de 14 ans) d'au moins UNE DOSE du vaccin de la coqueluche (dCaT-Adacel).

Polio

1. L'étudiant/stagiaire est tenu de fournir des preuves écrites de vaccination primaire complète. En l'absence de preuves écrites, une vaccination complète (3 doses) devra être faite et documentée.

Varicelle (picote ou picote volante)

1. L'étudiant /stagiaire est tenu de fournir une preuve écrite de vaccination complète ou d'une épreuve sérologique. Il est toutefois à noter qu'une histoire antérieure de varicelle N'EST pas une preuve satisfaisante d'immunité.
2. Si la sérologie est négative ou douteuse, une vaccination complète doit être faite et documentée.

Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)

1. L'étudiant/stagiaire est tenu de fournir des preuves écrites documentées de l'administration de DEUX DOSES de vaccin contre la rougeole et contre les oreillons.
Si une sérologie est effectuée (facultatif) et que les résultats sont négatifs, la personne n'est pas considérée protégée contre une ou l'autre de ces 3 maladies et doit recevoir le vaccin combiné trivalent (ROR)- Vaccination à documenter.

**EXIGENCES RELATIVES AU
DOSSIER D'IMMUNISATION**
(suite)

Hépatite B

1. Veuillez joindre ou documenter les preuves de vaccination et joindre la **sérologie postvaccination des anti-HBs (anticorps de surface) de l'hépatite B**. Si les résultats de la sérologie montrent un taux d'anti-HBs inférieur à 10iu/ml, il faut revacciner le sujet par injection de rappel, inscrire les dates du jour vaccin ET procéder 2 à 4 semaines plus tard à une recherche sérologique de contrôle des AcHBs. Si les résultats de la sérologie montrent un taux d'AcHBs supérieur à 10iu/ml, aucune autre intervention n'est requise.
2. S'il n'existe aucune preuve officielle de vaccination, une épreuve sérologique pour anticorps ET antigènes de surface est requise et doit être incluse. Et, selon les résultats obtenus, suivre les directives suivantes :

AcHBs <10iu/ml ET AgHBs Non détectés → Administrer une série vaccinale contre l'hépatite B ou contre l'hépatite AB combinée, inscrire les dates du jour du vaccin, joindre les résultats des épreuves sérologiques et du dosage anti-HBs positif (>10iu/ml) 2 à 4 semaines post-vaccination.

AcHBs < 10iu/ml ET AgHBs Détectés → Consulter les Services de santé.

AcHBs > 10iu/ml ET AgHBs Non détectés → Immunité. Aucune autre intervention n'est nécessaire.

Test de dépistage à la tuberculine (2 temps) – (Épreuve de Mantoux)

1. Le dépistage au moyen du TCT (2 temps) est obligatoire et doit être fait au moment de l'admission ou du stage, et cela, indépendamment de l'histoire relative au BCG, sauf si une preuve écrite d'un TCT antérieur positif ou d'une TB traitée est fournie.
2. Avant un premier TCT/PPD (épreuve de Mantoux), il faut s'assurer que l'étudiant/stagiaire n'a pas reçu un vaccin vivant injectable tel le vaccin ROR, le vaccin contre la varicelle ou la poliomyélite.
3. Chez tout étudiant/stagiaire ayant déjà présenté une réponse significative documentée (induration \geq 10 mm) ou ayant une histoire antérieure de tuberculose maladie ou de tuberculose-infection traitée, le TCT n'est pas indiqué.
5. Une radiographie pulmonaire est nécessaire pour tout étudiant/stagiaire déjà testé positif. La radiographie pulmonaire doit avoir été faite soit au moment du TCT positif, soit plus récemment ou encore, à la fin de la chimioprophylaxie. Le rapport qui doit être joint au formulaire sera valable pour toute la durée des études à l'Université.
6. Mantoux positif (PPD/TCT): Il est de la responsabilité de l'étudiant/stagiaire de rapporter tout signe ou symptôme possible d'une TB active.
7. Après le dépistage tuberculique (2 temps) initial, seul un PPD/TCT (1temps) est requis chaque année, et cela, pour toute la durée du Programme d'études et après toute exposition à la TB.
8. Par contre, s'il y a plus de 12 mois d'intervalle entre les dépistages tuberculiques annuels, un PPD/TCT (2 temps) devra être refait.

Influenza

1. La vaccination annuelle est fortement recommandée et chaque année, le vaccin le plus récent est disponible dès octobre ou novembre

Méningocoque

La vaccination préventive contre le méningocoque est recommandée pour les travailleurs ou stagiaire travaillant dans un laboratoire de microbiologie qui manipulent des cultures positives de *Neisseria meningitidis*. Ces derniers devraient recevoir le vaccin conjugué quadrivalent (A. C. Y et W-135) (Menactra). À l'heure actuelle, font partie du personnel ciblé, les technologistes médicaux, les résidents/posdoctorants en microbiologie ainsi que les résidents/postdoctorants en maladies infectieuses. La vaccination contre le méningocoque sera faite sur le site même des hôpitaux.

Questions ou commentaires de l'étudiant pour le médecin/infirmière :