

**RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'IMMUNISATION ET DE TESTS  
POUR LES STAGIAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Maladies	Vaccins selon le PIQ	Recommandations	Suivi à assurer s'il y a lieu (à l'usage de l'infirmière)
Diphtérie Tétanos  Coqueluche	DCT, d2T5  ----- dcaT	Vaccination primaire complète (3 ou 4 doses selon l'âge à la vaccination)  Administrar une dose de vaccin coqueluche à la personne de 18 ans et plus seulement si elle a la certitude de n'avoir jamais été vaccinée contre la coqueluche.	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/>  Date : _____
Poliomyélite	VPO (Sabin)  VPI (Salk, imovax-polio)	Vaccination primaire complète pour les personnes âgées de 17 ans et moins (3 doses de vaccin trivalent), dont au moins une dose reçue après l'âge de 4 ans.  <b>Pas de vaccination systématique pour les ≥ 18 ans</b>	<input type="checkbox"/> Non requis Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Rougeole Rubéole Oreillons	RRO  Antirougeoleux	Pour les personnes nées avant 1970 : - Une preuve de protection contre la rubéole (vaccin ou dosage d'anticorps) Pour les personnes nées depuis 1970 : - 2 RRO ou 1 RRO + 1 antirougeoleux (2 rougeole, 1 rubéole, 1 oreillons).	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Hépatite B	HB (Recombivax, Engerix)	Pour les disciplines visées par le programme régional de vaccination gratuite : 2 ou 3 doses reçues selon l'âge et en respectant les intervalles minimaux <sup>1</sup>	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Varicelle (« picote »)	Var	- Histoire connue de varicelle après l'âge de 1 an ou de zona quel que soit l'âge; ou - Preuve de protection (dosage des anticorps); ou - Vaccination : 1 dose reçue : compléter avec une 2 <sup>e</sup> dose - Si aucune protection : 2 doses de vaccin.	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Grippe (influenza)	Inf	Vaccin à recevoir en novembre chaque année.	Date : _____
Tuberculose	TCT Test cutané en 2 étapes avec intervalle de 1 à 4 semaines	Indiqué pour les stagiaires qui répondent à au moins un des critères suivants : - Né au Canada avant 1976; - Né à l'extérieur du Canada à l'exception de certains pays <sup>2</sup> ; - Ayant reçu le vaccin BCG; - Ayant eu une exposition connue à un cas de tuberculose contagieuse; - Ayant fait un séjour d'une durée cumulative de 3 mois et plus à l'extérieur de certains pays <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Non requis 1 <sup>er</sup> TCT _____ Résultat : _____mm 2 <sup>e</sup> TCT _____ Résultat : _____mm <input type="checkbox"/> Si TCT considéré significatif, référence faite pour consultation médicale et Rx poumons.
		<b><u>Si TCT positif : Évaluation TB active</u></b> Symptômes compatibles : - Toux et expectoration persistant plus de 3 semaines - Sueurs nocturnes - Hémoptysie - Fièvre inexpliquée de plus de 3 jours	Présence de symptômes compatibles avec une tuberculose active  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Dosage d'anticorps anti-HBs recommandé s'il peut être fait 1 à 2 mois (pas plus de 6 mois) après la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> dose.

<sup>2</sup> Canada, États-Unis, Australie, certains pays d'Europe de l'Ouest (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse) et des Antilles (à l'exception d'Haïti et de la République dominicaine).

Nom de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'IMMUNISATION ET DE TESTS  
POUR LES STAGIAIRES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Covid-19	Covid-19	Selon mise à jour du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
----------	----------	---	---

**Toujours se référer au Protocole d'immunisation du Québec afin d'appliquer les dernières mises à jour.**

**Section devant être remplie par l'infirmière, le pharmacien ou le médecin  
qui procède à l'évaluation de la vaccination**

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) a amorcé sa vaccination et **peut intégrer ses stages.** (Indépendamment de la vaccination Covid-19)

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lieu de vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) répond aux recommandations de santé publique pour l'immunisation de base des stagiaires. (Indépendamment de la vaccination Covid-19)

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lieu de vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) a amorcé sa vaccination, **mais ne peut pas intégrer ses stages.**

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lieu de vaccination