

DOSSIER D'IMMUNISATION

Medavie ÉduSanté est responsable de limiter les risques de maladies pour ses étudiants et leurs patients. Les étudiants participent à la prestation de soins aux patients (parfois dans des environnements non contrôlés) et ils risquent d'être exposés ou d'exposer les autres à des maladies transmissibles. Ce dossier fait office de preuve valide que l'étudiant est immunisé comme il se doit pour participer au processus de soins aux patients. **Par conséquent, il est important que le candidat et le fournisseur de soins de santé examinent soigneusement ce document pour bien comprendre son importance et sa pertinence dans notre processus d'admission.**

Nous acceptons, comme preuve d'immunisation, les tests sérologiques (analyse sanguine afin de déceler les anticorps dans le sérum sanguin) ou le dossier de vaccination complet de l'organisme de santé publique. Avant l'affectation à toute activité effectuée dans un hôpital ou en ambulance, le dossier d'immunisation doit être vérifié. **Les candidats dont le dossier d'immunisation est incomplet pourraient voir leur admission ou leur affectation à des activités cliniques et pratiques refusées.**

Ce dossier sera communiqué à l'équipe d'admission, de même qu'au service des opérations de tous les hôpitaux et ambulances où l'étudiant sera affecté à la prestation de soins aux patients.



Veuillez noter que si un lieu de stages clinique ou pratique exige des rapports de vaccination supplémentaires, il incombera à l'étudiant de les fournir dans les plus brefs délais. Si l'étudiant n'est pas en mesure de fournir ces informations, il pourrait ne pas être autorisé à compléter leur stage a cette endroit (ou à ce réseau de santé) et pourriez être placer a un autre endroit. Les frais supplémentaires de déménagement et/ou de déplacement sont à la charge de l'étudiant.

Candidat Renseignements:

Candidat: _____

Date de naissance: _____

Nom du programme: _____

Lieu d'enseignement: _____

Date de début du cours: _____

Tuberculose (Mantoux/TB)

Un test de dépistage en deux étapes (Mantoux) doit être effectué si la personne n'a jamais subi de tests. Si des tests ont déjà été faits, des preuves d'un test à deux étapes et d'un test à une étape doivent être fournies.

***L'étape 1- doit être documenter au courant de la première année du programme.**

Si le résultat du test est positif, le candidat doit soumettre une radiographie de la cage thoracique effectuée au cours des 12 derniers mois.

Date de la radiographie thoracique:

Résultats:

Étape 1 :	Étape 2:	Date de la répétition de l'étape 1 (s'il y a lieu):	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Date d'injection:	Date d'injection:	Date d'injection:		
Date de lecture:	Date de lecture:	Date de lecture:		
mm d'induration:	mm d'induration:	mm d'induration:		

dcaT - Tétanos, diphtérie, coqueluche

Un rappel contre le tétanos comprenant la composante coqueluche est requis au cours des 10 dernières années.

Date de la dernière vaccination: _____ Date du rappel: _____

Signature du professionnel de la santé : _____

Polio

Preuve de trois doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ou de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).

Non requis, sauf si la personne est « non immunisée » ou en l'absence d'une preuve documentée d'immunité, et qu'elle a voyagé dans une région où la poliomyélite a été identifiée.

Date de vaccination / Antécédents (MM/JJ/AAAA)	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Première dose: Deuxième dose: Troisième dose:		

ROR - Rougeole, oreillons, rubéole :

2 doses sont requises, sauf si une immunité est démontrée par les résultats de la sérologie.

Date de vaccination / Antécédents (MM/JJ/AAAA)	Rappel(s) (S'il y a lieu)	Sérologie Résultats	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Première dose:		Date d'achèvement:		
Deuxième dose:	Date:	Résultats:		

Varicelle

Si des antécédents documentés de varicelle contractée sont antérieurs à la mise en place du programme d'immunisation à une dose contre la varicelle dans la province canadienne concernée (voir l'annexe A), l'étudiant est considéré comme immunisé. Si la varicelle a été contractée après cette année ou s'il n'existe aucun antécédent de varicelle, deux doses de vaccin contre la varicelle ou une sérologie sont requises.

Date de vaccination / Antécédents (MM/JJ/AAAA)	Rappel(s) (S'il y a lieu)	Sérologie Résultats	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Première dose:				
Deuxième Dose:		Date d'achèvement:		
OR	Date:	Résultats:		
Année de contraction				

Hepatitis B

La vaccination contre l'hépatite B et la preuve d'immunité par un rapport de sérologie sont obligatoires. Il s'agit d'une série de 3 injections suivies d'un dosage des anticorps (titre), administrés et effectués sur une période de 9 mois. Au minimum, la première dose doit être documentée. Dans ce cas, l'étudiant doit également signer la renonciation à l'immunité. Si la sérologie indique une absence d'immunité, une dose de rappel peut être requise.

Date de vaccination / Antécédents (MM/JJ/AAAA)	Rappel(s) (S'il y a lieu)	Sérologie Résultats	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Première Dose:	Première Dose, If Required:	Date d'achèvement: Résultats:		
Deuxième Dose:	Deuxième Dose, If Required:			
Troisième Dose:	Troisième Dose, If Required:			

COVID-19 *Recommandé, mais non requis.*

Vaccination contre la COVID-19 visant le virus SRAS-CoV-2 avec l'un des vaccins autorisés pour utilisation au Canada.

Date de vaccination / Antécédents (MM/JJ/AAAA)	Rappel(s) (S'il y a lieu)	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Date:	Date:		

Influenza *Recommandé, mais non requis.*

Influenza (vaccin contre la grippe) – Disponible pendant la saison grippale; recommandé pour tous les étudiants..

Date de vaccination / Antécédents (MM/JJ/AAAA)	Rappel(s) (S'il y a lieu)	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
Date:	Date:		

Appendice A

Tableau 1 : Mise en œuvre des programmes d’immunisation à une dose contre la varicelle dans les provinces et territoires du Canada.

Province ou territoire	Année de mise en œuvre du programme
Prince Edward Island	2000
Alberta	2001
Northwest Territories	2002
Nova Scotia	2003
Nunavut	2004
Ontario	2004
New Brunswick	2004
Manitoba	2004
Newfoundland and Labrador	2005
Saskatchewan	2005
British Columbia	2005
Quebec	2006
Yukon	2007

Remarque importante : Les candidats au programme doivent retourner ce formulaire dûment rempli ainsi que les documents justificatifs au campus de Dartmouth par l’intermédiaire du lien Dropbox fourni.

Rendez-vous de suivi:

Nom du candidat:

Signature du candidat:

Date (MM/JJ/AAAA):