

## 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.

Candidat : \_\_\_\_\_ Nom du programme : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu d'enseignement : \_\_\_\_\_

Immunisation/vaccin	Date de vaccination/antécédents	Date des doses de rappel, le cas échéant	Test sérologique (analyse sanguine) – fournir des preuves	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
<p><b>Tuberculose</b> – 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.</p> <p>L'étape 1- doit être documenter au courant de la première année du programme</p> <p><b>Si le résultat du test est positif, le candidat doit soumettre une radiographie de la cage thoracique effectuée au cours des 12 derniers mois.</b></p>	<p><i>Étape 1 :</i>            Date de l'injection :             Date de la lecture :             mm de l'induration :</p> <p><i>Étape 2 :</i>            Date de l'injection :             Date de la lecture :             mm de l'induration :</p>	<p><b>Sans objet</b></p>	<p><b>Sans objet</b></p>		

<b>Date de la radiographie de la cage thoracique :</b>  <b>Résultat :</b>					
<b>Immunisation/vaccin</b>	<b>Date de vaccination/antécédents</b>	<b>Date des doses de rappel, le cas échéant</b>	<b>Test sérologique (analyse sanguine) – fournir des preuves</b>	<b>Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)</b>	<b>Signature du fournisseur de soins de santé</b>
<b>dcaT – Tétanos, diphtérie, coqueluche</b>  <i>Une injection de rappel contre le tétanos et la coqueluche doit avoir été faite au cours des dix dernières années.</i>	<b>Sans objet</b>	Date de la dose de rappel :	<b>Sans objet</b>		
<b>Polio</b> – Preuve de trois doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ou de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). <b>Requis seulement si le candidat a voyagé dans une région où la polio est présente et n'est pas immunisé ou ne détient pas de document prouvant qu'il a reçu le vaccin.</b>	Première dose :  Deuxième dose :  Troisième dose :	<b>Sans objet</b>	<b>Sans objet</b>		
<b>ROR – Rougeole, oreillons, rubéole</b> : Deux doses requises si vous êtes né après 1970.	Première dose :  Deuxième dose :	<b>Sans objet</b>	Si le test sérologique indique que le candidat n'est pas immunisé, une dose de rappel devra être administrée avant les activités cliniques. Date de la dose de rappel :		
<b>Varicelle</b> – si les antécédents documentés de contraction de la maladie sont antérieurs au programme d'immunisation à une dose contre la varicelle dans la province canadienne correspondante (voir l'Annexe A), l'élève est considéré comme immunisé.  Si les antécédents de contraction sont après, ou	Année où la maladie a été contractée :  Première dose :  Deuxième dose :	<b>Sans objet</b>	Un test sérologique est exigé pour prouver l'immunité si le candidat ne détient pas de document prouvant qu'il a reçu deux doses du vaccin ou a déjà contracté la maladie. Date du résultat du test :		

qu'il n'y en a pas, deux doses de vaccin contre la varicelle ou une sérologie sont requises.					
Immunisation/vaccin	Date de vaccination/antécédents	Date des doses de rappel, le cas échéant	Test sérologique (analyse sanguine) – fournir des preuves	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
<p><b>Hépatite B</b> – Vaccination et preuve d'immunisation obligatoires.</p> <p>Il existe une série de trois injections et titres, qui sont administrés et testés sur une période de 9 mois.</p> <p><b>Un document prouvant que l'étudiant a reçu au moins la première dose est exigé.</b> Si l'étudiant n'a pas reçu les trois doses du vaccin, il doit également signer l'exonération relative à l'immunisation ci-dessous.</p> <p>Si le test sérologique indique que l'étudiant n'est pas immunisé, une dose de rappel pourrait être exigée.</p>	<p>Première dose :</p> <p>Deuxième dose :</p> <p>Troisième dose :</p>	<p><b>Si le test sérologique indique que l'étudiant n'est pas immunisé, une dose de rappel devra être administrée avant les activités cliniques.</b></p> <p>Première dose, si nécessaire :</p> <p>Deuxième dose, si nécessaire :</p> <p>Troisième dose, si nécessaire :</p>	<p>Un test sérologique est exigé pour prouver l'immunité (titre d'anticorps anti-hépatite B).</p> <p>Date du résultat du test :</p>		
<p><i>Je comprends que j'ai reçu seulement une ou deux des trois doses du vaccin contre l'hépatite B et que je ne suis peut-être pas immunisé. Je comprends également que dans l'environnement clinique et/ou pratique, je pourrais être exposé au virus de l'hépatite B et à un risque d'infection pour cette raison.</i></p>					
Nom du candidat		Date		Signature du candidat	

Immunisation/vaccin	Date de vaccination/antécédents	Date des doses de rappel, le cas échéant	Test sérologique (analyse sanguine) – fournir des preuves	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé (timbre de préférence)	Signature du fournisseur de soins de santé
<p><b>COVID-19</b> - vaccination contre le virus du SRAS-CoV-2 au moyen de l'un des vaccins dont l'utilisation est autorisée au Canada.</p> <p>En plus d'indiquer la date de chaque dose, veuillez noter le type de vaccin reçu : c.-à-d. Pfizer-BioNTech (Comirnaty®), Moderna (Spikevax®), AstraZeneca (Vaxzevria®) et/ou Janssen.</p>	<p>Date de la première dose et type de vaccin :</p> <p>Date de la deuxième dose et type de vaccin :</p>	<p>Date de la dose de rappel et type de vaccin :</p> <p><b>Remarque</b> : À l'heure actuelle, un autre rappel ou une « troisième dose » du vaccin contre la COVID-19 n'est recommandé que pour les personnes immunosupprimées.</p>	Sans objet	<p><b>Remarque</b> : Une preuve d'immunisation fournie par la Santé publique ou d'autres organismes approuvés (p. ex. «CANImmunize») sera jugée suffisante.</p>	

- **Remarques importantes :**

- Les candidats au programme offert en Nouvelle-Écosse doivent retourner ce document au campus de Dartmouth, au 50, avenue Eileen Stubbs, bureau 154, Dartmouth (N.-É.) B3B 0M7.
- Les candidats au programme offert au Nouveau-Brunswick doivent retourner ce document au campus de Moncton, au 567, boul. St. George, Moncton (N.-B.) E1E 2B9.

## Annexe A

**Tableau 1 : Mise en œuvre de programmes de vaccination contre la varicelle à dose unique dans les provinces et territoires canadiens**

Province ou territoire	Année de mise en œuvre du programme
Île-du-Prince-Édouard	2000
Alberta	2001
Territoires du Nord-Ouest	2001
Nouvelle-Écosse	2002
Nunavut	2002
Ontario	2004
Nouveau-Brunswick	2004
Manitoba	2004
Terre-Neuve-et-Labrador	2005
Saskatchewan	2005
Colombie-Britannique	2005
Québec	2006
Yukon	2007

Nom du candidat : \_\_\_\_\_

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