Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

JOHN ABBOTT CEGEP/COLLEGE

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

Maladies	Vaccins	Recommandations	Suivi à assurer s'il y a lieu (à l'usage de l'infirmière) svp - indiquer les dates de les vaccins
Diphtérie Tétanos Coqueluche	DCT d_2T_5 dcaT	Vaccination primaire complète (3 ou 4 doses selon les vaccins utilisés), ainsi qu'un rappel reçu il y a moins de 10 ans. 1 dose de dcaT si n'a jamais reçu de vaccin acellulaire dans le passé ou 1 rappel 10 ans après la dose administrée à l'adolescence.	Date: Date: Date: Date:
Poliomyélite	Sabin (VPTO) Salk (VPTI ou VPTIa)	Vaccination primaire complète pour les personnes âgées de 17 ans et moins. (3 ou 4 doses selon les vaccins utilisés), dont au moins une dose reçue après l'âge de 4 ans. Pas de vaccination systématique pour les ≥ 18 ans	Date: Date: Date 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)	Date: Date:
Tuberculose	TCT Test cutané en 2 étapes avec intervalle de 1 à 4 semaines	Indiqué pour les stagiaires qui répondent à au moins l'un des critères suivants : - né au Canada avant 1976; - né à l'extérieur du Canada; - 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[1].	Date: Date:
Hépatite B	Recombivax Engerix	Pour les disciplines visées par le programme régional de vaccination gratuite : 3 doses reçues en respectant les intervalles minimaux[2]. ou preuve de protection (dosage des anticorps).	Date: Date: Date:
Varicelle (« picote »)	Varivax	Histoire connue de varicelle **ou preuve de protection** (dosage des anticorps). Si aucune protection : 2 doses de vaccin.	Date: Date:
Grippe (influenza)	Fluviral, Vaxigrip ou Agriflu	Vaccin à recevoir en novembre chaque année	Date:

Référence : Protocole d'immunisation du Québec, édition 2013

ATTESTATION

Section à être complétée par l'infirmière ou le médecin qui a procédé à la vaccination et/ou aux tests

J'atteste que _____ né(e) le ____/____/____
Nom de l'étudiant(e) aaaa mm jj

☐ Répond aux recommandations en matière d'immunisation pour les stagiaires dans les établissements de santé

____/____/____ _____ _____
aaaa mm jj Signature Clinique /CLSC

☐ Poursuit son programme d'immunisation afin de répondre aux recommandations

____/____/____ _____ _____
aaaa mm jj Signature Clinique /CLSC

[1] À l'extérieur du Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, 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).

[2] Dosage d'anticorps anti-HBs recommandé s'il peut être fait 1 à 2 mois (pas plus que 6 mois) après la 3e dose.

Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000
Télécopieur : 418 666-2776

Révisé février 2014