



Collège communautaire du Nouveau-Brunswick

Examen médical et immunisation

Directives générales

Pour se conformer aux règlements des régies régionales de santé, des foyers de soins et des organismes de services familiaux et communautaires, le ou la stagiaire doit subir un examen médical complet.

Certains programmes de formation exigent que le ou la stagiaire mette à jour son dossier d'immunisation afin de se conformer aux exigences de certains milieux de travail tels que les hôpitaux, les foyers de soins, les garderies et autres établissements résidentiels. Le ou la stagiaire doit alors communiquer avec le bureau de la santé publique afin de mettre à jour son dossier d'immunisation, puis avec un médecin ou une infirmière praticienne, en vue d'une étude de son dossier et d'une mise à jour, s'il y a lieu. Prière de conserver une copie de votre dossier d'immunisation, car on pourrait vous demander de fournir une preuve de vos immunisations à jour.

- **Toute personne qui ne satisfait pas aux exigences se verra refuser l'accès aux stages cliniques.**
- **Le présent formulaire doit être rempli et remis à la personne désignée (coordonnatrice du programme ou responsable du formulaire) dès le début du programme.**
- **Une étudiante ou un étudiant connu porteur d'une maladie transmissible par le sang a l'obligation morale, dès le début du programme, d'en informer la personne désignée.**

Coordonnées de l'étudiant ou de l'étudiante

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
A / M / J

Réservé au médecin

La personne mentionnée ci-dessus a subi un examen médical complet le : _____ / _____ / _____
A / M / J

Dossier d'immunisations mis à jour (sur le présent formulaire) le : _____ / _____ / _____
A / M / J

Nom du médecin (en lettres d'imprimerie) : _____

Signature du médecin : _____

Adresse et estampille (s'il y a lieu) :

IMMUNISATIONS

POLIO (VPI)

COMPLET

Exigence : Preuve écrite d'avoir reçu les **4 doses primaires**.

Spécifiez les dates : n° 1 : ___ / ___ / ___ n° 2 : ___ / ___ / ___ n° 3 : ___ / ___ / ___ n° 4 : ___ / ___ / ___
A M J A M J A M J A M J

Vérifié par : _____

Si aucun vaccin de polio n'a été reçu :

Vaccin polio n° 1 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J

Vaccin polio n° 2 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J
(de 4 à 8 semaines après la 1^{re} dose)

Vaccin polio n° 3 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J
(de 6 à 12 mois après la 2^e dose)

COQUELUCHE, DIPHTÉRIE ET TÉTANOS

COMPLET

Exigence : Preuve écrite d'avoir reçu **au moins 3 vaccins** contre la diphtérie et le tétanos (dT), dont une dose devrait être le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (dcaT). Un rappel du vaccin dcaT, à l'adolescence et à l'âge adulte, est obligatoire. Un rappel du vaccin dT à tous les 10 ans à l'âge adulte est obligatoire.

Spécifiez les dates: n° 1 : ___ / ___ / ___ n° 2 : ___ / ___ / ___ n° 3 : ___ / ___ / ___
A M J A M J A M J

Vérifié par : _____

Spécifiez la date de la dernière dose dcaT : ___ / ___ / ___
A M J

Première vaccination manquante ou absence de preuve écrite :

Vaccin n° 1 (dcaT) : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J
(dès que possible)

Vaccin n° 2 (dT) : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J
(de 4 à 8 semaines après la 1^{re} dose)

Vaccin n° 3 (dT) : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J
(de 6 à 12 mois après la 2^e dose)

ROUGEOLE, RUBÉOLE ET OREILLONS (RRO)

COMPLET

Exigences :

- ✓ Immunisation complète avec **2 vaccins**.
- ✓ Les étudiants nés en 1970 ou après, doivent présenter une preuve écrite d'avoir reçu 2 doses du vaccin RRO. Aucun titrage n'est alors nécessaire. En absence de preuve écrite, doit recevoir les 2 vaccins.
- ✓ Pour les étudiants nés avant 1970, la sérologie pour les anticorps de rougeole, de rubéole et d'oreillons est obligatoire. Si la sérologie ne démontre aucune immunité à l'une ou l'autre de ces trois maladies, 1 dose du vaccin RRO doit être administrée.

Spécifiez les dates: n° 1 : ___ / ___ / ___ n° 2 : ___ / ___ / ___ Vérifié par : _____
A M J A M J

Si aucun vaccin reçu :

Vaccin RRO n° 1 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J

Vaccin RRO n° 2 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J
(1 mois après la 1^{re} dose)

Titrages nécessaires (pour les personnes nées avant 1970) :

Titrage rougeole – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
A / M / J

(si positif → immunisé)
(si négatif ou douteux → doit recevoir un vaccin RRO)

Titrage rubéole – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
A / M / J

(si positif → immunisé)
(si négatif ou douteux → doit recevoir un vaccin RRO)

Titrage oreillons – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
(A / M / J)

(si positif → immunisé)
(si négatif ou douteux → doit recevoir un vaccin RRO)

VARICELLE

COMPLET

Exigence : Preuve écrite indiquant avoir reçu **2 doses** de vaccin contre la varicelle ou preuve écrite de sérologie attestant l'immunité.

Spécifiez les dates : n° 1 : ___ / ___ / ___ n° 2 : ___ / ___ / ___ Vérifié par : _____
A M J A M J

Titrage varicelle – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
A M J

(si positif → immunisé) (si négatif → doit recevoir 2 vaccins de varicelle)

Si aucun vaccin reçu :

Vaccin n° 1 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J

Vaccin n° 2 : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
A / M / J

(de 4 à 6 semaines après la 1^{re} dose)

TUBERCULOSE :

COMPLET

Exigence : Le test TCT (**Test cutané à la tuberculine**) en **2 étapes** est obligatoire.

Le TCT se fait en 2 étapes. La 2^e étape est répétée de 1 à 4 semaines après la 1^{re} étape. Le site d'administration du 2^e TCT se fait, de préférence, sur l'avant-bras opposé du 1^{er} TCT.

Tout TCT subséquent peut se faire en 1 étape.

Vaccin BCG antérieur – date : ___ / ___ / ___ (Ce n'est pas une contre-indication de subir le test TCT.)
A / M / J

Test TCT n° 1 :

Date de l'injection : ___ / ___ / ___
A / M / J

Administré par : _____

Date de la lecture : ___ / ___ / ___
A / M / J

Résultat (induration) : _____ mm Lu par : _____

(de 48 à 72 heures postinjection)

NOTE : Si le test n° 1 montre une induration ≥ 10 mm, il n'est pas nécessaire d'effectuer un 2^e TCT.

Test TCT n° 2 (de 1 à 4 semaines après le test n° 1):

Date de l'injection : ___ / ___ / ___
A / M / J

Administré par : _____

Date de la lecture : ___ / ___ / ___
A / M / J

Résultat (induration) : _____ mm Lu par : _____

(de 48 à 72 heures postinjection)

NOTE : Si le test TCT montre une induration de ≥ 10 mm, une consultation médicale est obligatoire. Il est alors nécessaire de fournir une preuve écrite attestant que l'investigation du test a été effectuée par le médecin. De plus, une note médicale attestant que l'étudiant est apte à effectuer des stages cliniques est obligatoire.

INFLUENZA

Recommandation : La vaccination annuelle contre l'influenza est fortement recommandée. Les étudiants pourront recevoir ce vaccin au cours de la campagne d'immunisation annuelle.

Inscrire la date de la dernière vaccination, s'il y a lieu : ___ / ___ / ___
A / M / J

HÉPATITE B

COMPLET

Exigence : Preuve écrite d'avoir reçu **3 vaccins** contre l'hépatite B ainsi qu'un test sanguin (titrage) indiquant in taux d'anticorps anti-HBs de ≥ 10 mUI/ML.

Spécifiez les dates: n° 1 : ___ / ___ / ___ n° 2 : ___ / ___ / ___ n° 3 : ___ / ___ / ___
 A M J A M J A M J

Vérifié par : _____

Titrage anti-HBs – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____

Si rappel du vaccin est nécessaire – date : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

Si aucun vaccin reçu :

1^{re} dose :

Vaccin hépatite B reçu le : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

2^e dose (1 mois après la 1^{re} dose) :

Vaccin hépatite B reçu le : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

3^e dose (6 mois après la 1^{re} dose) :

Vaccin hépatite B reçu le : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

Titrage hépatite B (1 mois après la série de vaccins complétée) :

Titrage hépatite B – date: ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
(≥ 10 mUI/ML = immunisé et < 10 mUI/ML = non immunisé)

NOTE : Si non-immunisé après les 3 premières doses (< 10 mUI/ML), les doses se poursuivent jusqu'à l'immunité (≥ 10 mUI/ML) (maximum de 6 doses). Le titrage doit se faire au moins 1 mois après chaque dose additionnelle.

4^e dose (1 mois après le titrage) :

Vaccin hépatite B reçu le : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

Titrage hépatite B – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
(≥ 10 mUI/ML = immunisé et < 10 mUI/ML = non immunisé, doit recevoir une 5^e dose)

5^e dose (1 mois après la 4^e dose) :

Vaccin hépatite B reçu le : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

Titrage hépatite B – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
(≥ 10 mUI/ML = immunisé et < 10 mUI/ML = non immunisé, doit recevoir une 6^e et dernière dose)

6^e dose (6 mois après la 4^e dose) :

Vaccin hépatite B reçu le : ___ / ___ / ___ Administré par : _____
 A M J

Titrage hépatite B – date : ___ / ___ / ___ Résultat : _____ Vérifié par : _____
(≥ 10 mUI/ML = immunisé et < 10 mUI/ML = non immunisé)

NOTE : Si non-immunisé après la 6^e dose, le médecin devra donner des directives spécifiques à l'étudiant avant le début des stages cliniques.

Références : Santé Canada, Guide canadien d'immunisation, 7^e édition, 2006
Exigences des Régies de la santé Vitalité et Horizon.