

## STAGES ÉTUDIANTS : EXIGENCES EN MATIÈRE D'IMMUNISATIONS

Pour assurer votre protection, celle de vos clientes et clients ou patientes et patients, ainsi que celle de vos collègues, la direction de votre programme vous demande de respecter les exigences qui suivent. Veuillez lire attentivement ces directives et fournir tous les documents justificatifs d'ici la [date limite pour votre programme](#) (voir la section « Exigences et dates limites »).

### 1. Directives générales

1. Nous n'accordons pas d'exemption des exigences relatives aux stages étudiants sur la base de convictions personnelles. Nous pourrions cependant en accorder pour des raisons **médicales**.
2. Voici les documents acceptés comme preuve d'immunisation : dossier d'immunisation de la province ou du territoire; document signé par un professionnel ou une professionnelle de la santé (infirmier/infirmière, infirmier praticien/infirmière praticienne, médecin); rapport de laboratoire (rapport d'analyse sérologique).
3. Comme indiqué dans le Guide canadien d'immunisation (édition évolutive) : « Les enfants et les adultes n'ayant pas de preuve d'immunisation adéquate devraient être considérés comme étant non vaccinés et devraient être vaccinés conformément au calendrier de vaccination adapté à leur âge et à leurs facteurs de risque (sauf si leur immunité a été établie au moyen d'un essai en laboratoire) ».

### 2. Exigences applicables à tous les programmes

#### Tétanos/diphtérie

- La preuve de la première série reçue durant l'enfance ou à l'âge adulte (au moins trois doses).
- La preuve d'une dose de rappel reçue dans les dix dernières années.

#### Diphtérie/coqueluche acellulaire/tétanos – adulte (dcaT)

- La preuve d'une dose du vaccin dcaT est **obligatoire** pour toute personne de plus de 18 ans, sans égard à la date de la dernière vaccination, conformément aux [lignes directrices du CCNI](#).

#### Polio

- La preuve de la première série reçue durant l'enfance ou à l'âge adulte (au moins trois doses).

#### Tuberculose

- La preuve d'un premier test cutané à la tuberculine (TCT) en deux étapes, en plus d'un TCT en une étape annuel.
- Les étudiantes et étudiants ayant obtenu un résultat positif doivent remettre un rapport de radiographie thoracique effectuée après ce TCT positif. Aucun autre TCT n'est nécessaire, mais elles et ils doivent remplir et soumettre le formulaire [Autodéclaration de signes et symptômes de la tuberculose](#) chaque année.
- Un TCT est recommandé dans les trois mois qui suivent un voyage dans une zone d'endémicité.
- Le résultat d'un test de libération d'interféron gamma (TLIG), soit QuantiFERON ou T-SPOT-TB, fait dans les douze derniers mois sera accepté à la place d'un TCT en une étape annuel.

#### Varicelle

- La preuve de deux doses de vaccin **OU** une preuve d'immunité confirmée en laboratoire.
- Une série de vaccins (s'il n'y a aucune preuve d'immunité).

#### ROR

- Rougeole : la preuve de deux doses de vaccin **OU** une preuve d'immunité confirmée en laboratoire.
- Oreillons : la preuve de deux doses de vaccin **OU** une preuve d'immunité confirmée en laboratoire.
- Rubéole : la preuve d'une dose de vaccin **OU** une preuve d'immunité confirmée en laboratoire.
- Une série de vaccins (s'il n'y a aucune preuve d'immunité).

**Hépatite B**

- Une preuve écrite de la première série complète de vaccins contre l'hépatite B.
- L'analyse sérologique des anticorps de surface (anti-HBs) **ET** des antigènes de surface (HBsAg) de l'hépatite B.
- En cas de résultat négatif à l'analyse sérologique des anticorps de surface (anti-HBs), au moins une dose de rappel est requise.
- L'analyse sérologique des anticorps de surface (anti-HBs) est obligatoire un mois après le vaccin.

**Influenza**

- Une preuve de vaccination contre la grippe saisonnière pour l'année universitaire.

**COVID-19**

- Des preuves écrites de la vaccination complète contre la COVID-19.
- Joindre une preuve officielle de vaccination pour chacune des doses.

Pour consulter les autres exigences particulières à un programme, voir les [exigences pour les activités d'apprentissage pratique](#).

**Veillez transmettre ce formulaire par courriel à votre conseillère ou conseiller en gestion des exigences de stage et de l'apprentissage expérientiel à la Faculté des sciences de la santé.**

## STAGES ÉTUDIANTS : EXIGENCES EN MATIÈRE D'IMMUNISATIONS

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		Téléphone :	
Courriel :	Année d'admission :	Numéro étudiant :	

Programme	Sciences infirmières	Sciences de la réadaptation	Sciences des aliments et de la nutrition	Sciences de l'activité physique
	<input type="checkbox"/> Programme général (sélectionner un campus) : <input type="checkbox"/> Ottawa <input type="checkbox"/> Woodroffe <input type="checkbox"/> Pembroke <input type="checkbox"/> Passerelle <input type="checkbox"/> Préalables universitaires <input type="checkbox"/> Études supérieures (M.Sc.Inf.) <input type="checkbox"/> Diplôme en SSPIIP	<input type="checkbox"/> Audiologie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Ergothérapie <input type="checkbox"/> Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Renseignements sur la professionnelle ou le professionnel de la santé (PS)

Chaque PS qui remplit l'une ou l'autre partie de ce formulaire doit aussi remplir cette section. Par ses initiales, la ou le PS atteste avoir fourni le service ou examiné les preuves adéquatement documentées de l'étudiante ou l'étudiant. Si plus de trois PS remplissent ce formulaire en partie, veuillez imprimer un second exemplaire de la présente page.

<b>PS n° 1</b>		<b>Sceau de la clinique médicale :</b>
Nom :	Initiales :	
Adresse :		
Tél. :	Profession :	
Signature :	Date :	
<b>PS n° 2</b>		<b>Sceau de la clinique médicale :</b>
Nom :	Initiales :	
Adresse :		
Tél. :	Profession :	
Signature :	Date :	
<b>PS n° 3</b>		<b>Sceau de la clinique médicale :</b>
Nom :	Initiales :	
Adresse :		
Tél. :	Profession :	

Signature :	Date :	
-------------	--------	--

**1. Coqueluche**

Veillez fournir la preuve d'un vaccin anticoquelucheux acellulaire (dcaT ou dcaT-polio) unique reçu à 18 ans ou plus.

Date (aaaa-mm-jj)	Type de vaccin	Âge auquel le vaccin a été reçu	Initiales de la ou du PS

**2. Tétanos, diphtérie et polio**

Veillez fournir la preuve des trois derniers vaccins reçus contre le tétanos, la diphtérie et la polio (au moins un mois entre les deux premières doses d'une série; au moins cinq mois entre les deux dernières doses; la dernière vaccination contre le tétanos et la diphtérie doit avoir eu lieu au cours des dix dernières années).

	Tétanos/diphtérie	Polio	Initiales de la ou du PS
Date du 1 <sup>er</sup> vaccin (aaaa-mm-jj)			
Date du 2 <sup>e</sup> vaccin (aaaa-mm-jj)			
Date du 3 <sup>e</sup> vaccin (aaaa-mm-jj)			

**3. Rougeole, oreillons, rubéole et varicelle**

Deux doses documentées du vaccin ROR et du vaccin contre la varicelle, ou un résultat positif d'analyse sérologique des anticorps (IgG) — veuillez joindre les rapports de laboratoire. *Si une preuve de vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ou la varicelle est fournie, l'étudiante ou étudiant n'a pas à subir une analyse sérologique.*

	Rougeole	Oreillons	Rubéole	Varicelle	Initiales de la ou du PS
Date du 1 <sup>er</sup> vaccin (aaaa-mm-jj)					
Date du 2 <sup>e</sup> vaccin (aaaa-mm-jj)					

Si l'étudiante ou étudiant ne peut pas fournir une preuve complète de vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole ou la varicelle, elle ou il doit subir une analyse sérologique. **VEUILLEZ JOINDRE UN EXEMPLAIRE DU OU DES RAPPORTS DE LABORATOIRE.**

	Date de l'analyse (aaaa-mm-jj)	Résultat (immunité ou absence d'immunité)	Initiales de la ou du PS
<b>Rougeole – IgG</b>			
<b>Oreillons – IgG</b>			
<b>Rubéole – IgG</b>			
<b>Varicelle – IgG</b>			

#### 4. Tuberculose (TB)

##### 4a. Antécédents de TB

Attestation d'un résultat positif à un test cutané à la tuberculine (TCT) (indiquer le résultat du test dans le tableau ci-dessous), historique précis d'une réaction de vésication consécutivement au TCT (joindre la preuve) ou attestation d'un résultat positif à un test de libération d'interféron gamma (TLIG) (joindre le rapport).	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diagnostic antérieur ou traitement de l'infection tuberculeuse.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si la réponse aux **deux** questions est **NON**, remplissez la **section 4b**.

Si la réponse à **l'une ou l'autre** de ces deux questions est **OUI**, remplissez la **section 4c**.

##### 4b. Test cutané à la tuberculine (TCT)

L'interprétation des résultats doit se faire conformément aux [Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse](#).

**TCT en deux étapes initial** : Pour ceux qui ont répondu **NON** aux deux questions susmentionnées (**section 4a**), la preuve d'un TCT en deux étapes est requise (deux tests distincts, préférablement dans un intervalle de 7 à 28 jours, mais un intervalle maximal de 12 mois sera toléré). Un intervalle de 48 à 72 heures doit séparer l'administration de la lecture.

	Date d'administration (aaaa-mm-jj)	Date de lecture (aaaa-mm-jj)	Induration (mm)	Interprétation (négatif ou positif)	Initiales de la ou du PS
TCT : Étape 1					
TCT : Étape 2					

##### TCT en une étape annuel :

Si le dernier TCT en deux étapes remonte à plus de 12 mois, l'étudiante ou étudiant doit subir un TCT en une étape.

	Date d'administration (aaaa-mm-jj)	Date de lecture (aaaa-mm-jj)	Induration (mm)	Interprétation (négatif ou positif)	Initiales de la ou du PS
TCT					

##### 4c. Attestation d'un résultat positif à un TCT : Les étudiantes et étudiants qui répondent **OUI** à l'une des deux questions susmentionnées doivent fournir la preuve du résultat positif au TCT et remplir le formulaire [Autodéclaration de signes et symptômes de la tuberculose](#).

	Date d'administration (aaaa-mm-jj)	Date de lecture (aaaa-mm-jj)	Induration (mm)	Interprétation (positif ou négatif)	Initiales de la ou du PS
TCT positif					

Les étudiantes et étudiants ayant obtenu un résultat positif doivent remettre un rapport de radiographie pulmonaire effectuée après ce TCT positif. Aucun autre TCT n'est requis. **VEUILLEZ JOINDRE LE RAPPORT DE RADIOGRAPHIE.**

	Date de transmission (aaaa-mm-jj)	Résultat	Rapport joint	Initiales de la ou du PS
Radiographie thoracique		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Si le rapport de radiographie fait état d'anomalies aux poumons ou à la plèvre, la ou le médecin, ou l'infirmier praticien ou l'infirmière praticienne doit joindre une lettre explicative.**

### 5. Hépatite B

	Date (aaaa-mm-jj)	Type de vaccin	Initiales de la ou du PS
Vaccin 1			
Vaccin 2			
Vaccin 3 (au besoin)			
Vaccin 4 (au besoin)			
Vaccin 5 (au besoin)			
Vaccin 6 (au besoin)			

\* Si l'information sur le nom du vaccin administré n'est plus disponible, n'inscrivez que la date de l'immunisation.

Toute étudiante ou tout étudiant DOIT subir une analyse sérologique des anticorps de surface (anti-HBs) ET des antigènes de surface (HBsAg) de l'hépatite B. **VEUILLEZ JOINDRE UN EXEMPLAIRE DES RAPPORTS DE LABORATOIRE.**

	Date (aaaa-mm-jj)	Résultat du laboratoire	Interprétation (immunité ou absence d'immunité)	Initiales de la ou du PS
Anti-HBs				

	Date (aaaa-mm-jj)	Résultat du laboratoire	Initiales de la ou du PS
Antigènes de surface (HBsAg)			

### 6. Influenza

La vaccination contre la grippe saisonnière est obligatoire.

	Date (aaaa-mm-jj)	Initiales de la ou du PS
Vaccin contre la grippe saisonnière		

### 7. COVID-19

Des preuves écrites de la vaccination complète contre la COVID-19 sont obligatoires. **VEUILLEZ JOINDRE LES PREUVES OFFICIELLES DE VACCINATION.**

	Date (aaaa-mm-jj)	Nom du vaccin	Initiales de la ou du PS
Vaccin 1			
Vaccin 2			
Vaccin 3 (si reçu)			

**Veillez transmettre ce formulaire par courriel à votre conseillère ou conseiller en gestion des exigences de stage et de l'apprentissage expérientiel à la Faculté des sciences de la santé.**