

# IMPORTANT

## POUR LA RENTRÉE 2024

Aux étudiantes et étudiants admis en  
Techniques de travail social

---

### Objet : Recommandations en matière d'immunisation et de tests

---

Bonjour !

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis des recommandations en matière de vaccination et de dépistage au regard de votre programme d'étude.

Dans le cadre de notre programme, les exigences au regard de la vaccination sont déterminées par les différents milieux de stage. C'est au moment du processus de placement en stage, lors de votre entrevue, que vous pourrez vérifier avec le milieu ciblé les exigences à cet égard. Cependant, conformément à la politique d'immunisation des travailleurs de la santé, des stagiaires et de leurs professeurs, il est recommandé par votre programme :

- Que vous soyez protégés adéquatement contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, les oreillons en vue de faire vos stages ;
- Que vous ayez reçu le vaccin contre l'Hépatite B auprès de votre Centre de santé et des services sociaux.
- Que vous soyez également protégés contre la varicelle si vous n'avez jamais contracté cette maladie.
- Vaccination Covid19 : Il est recommandé de recevoir ce vaccin.

---

*En prévision de votre démarche de placement, nous vous suggérons dès maintenant :*

- De prendre rendez-vous avec votre Centre de santé et des services sociaux de votre lieu de résidence afin de faire vérifier votre immunisation et de la compléter s'il y a lieu ;
- De présenter votre carnet de santé lors de votre visite au Centre de santé et des services sociaux et de le faire compléter ;
- De faire compléter le formulaire intitulé *Recommandations en matière d'immunisation et de tests pour les stagiaires*. La Direction de la santé publique indique d'utiliser le même document que pour les stagiaires en santé, d'où son intitulé. Ce formulaire pourra vous servir de preuve au besoin auprès des milieux de stage qui pourraient l'exiger.

Le fait d'être vacciné contre ces maladies protège non seulement VOTRE SANTÉ mais peut éviter, dans certaines circonstances, la CONTAMINATION DES AUTRES.

Donc en assurant votre protection, vous faites d'une pierre deux coups !

**Soyez prêts et prêtes pour la rentrée 2024 !**

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

Maladies	Vaccins selon le PIQ	Recommandations	Suivi à assurer s'il y a lieu (à l'usage de l'infirmière)
Diphthérie Tétanos  Coqueluche	DCT, d <sub>2</sub> T <sub>5</sub>  dcaT	Vaccination primaire complète (3 ou 4 doses selon l'âge à la vaccination)  Administrez une dose de vaccin coqueluche à la personne de 18 ans et plus seulement si elle a la certitude de n'avoir jamais été vaccinée contre la coqueluche.	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/>  Date : _____
Poliomyélite	VPO (Sabin)  VPI (Salk, imovax-polio)	Vaccination primaire complète pour les personnes âgées de 17 ans et moins (3 doses), dont au moins une dose reçue après l'âge de 4 ans.  <b>Pas de vaccination systématique pour les ≥ 18 ans</b>	<input type="checkbox"/> Non requis Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> 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 <u>ou</u> 1 RRO + 1 antirougeoleux (2 rougeole, 1 rubéole, 1 oreillons).	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/>  Date : _____
Hépatite B	HB (Recombivax, Engerix)	Pour les disciplines visées par le programme régional de vaccination gratuite : 2 ou 3 doses reçues selon l'âge et en respectant les intervalles minimaux <sup>1</sup>	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/> Date : _____
Varicelle (« picote »)	Var	- Histoire connue de varicelle après l'âge de 1 an ou de zona quel que soit l'âge; ou - Preuve de protection (dosage des anticorps); ou - Vaccination : 1 dose reçue : compléter avec une 2 <sup>e</sup> dose - Si aucune protection : 2 doses de vaccin.	Adéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Suivi à effectuer : <input type="checkbox"/>  Date : _____
Grippe (influenza)	Inf	Vaccin à recevoir en novembre chaque année.	Date : _____
Tuberculose	TCT Test cutané en 2 étapes avec intervalle de 1 à 4 semaines	Indiqué pour les stagiaires qui répondent à au moins un des critères suivants : - né au Canada avant 1976; - né à l'extérieur du Canada à l'exception de certains pays <sup>2</sup> ; - 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 <sup>2</sup>  <b>Si TCT positif : Évaluation TB active</b>  Symptômes compatibles : - Toux et expectoration persistant plus de 3 semaines - Sueurs nocturnes - Hémoptysie - Fièvre inexpliquée de plus de 3 jours	<input type="checkbox"/> Non requis 1 <sup>er</sup> TCT _____ Résultat : _____ mm 2 <sup>e</sup> TCT _____ Résultat : _____ mm <input type="checkbox"/> Si TCT considéré significatif, référence faite pour consultation médicale et Rx poumons.  Présence de symptômes compatibles avec une tuberculose active  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Dosage d'anticorps anti-HBs recommandé s'il peut être fait 1 à 2 mois (pas plus de 6 mois) après la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> dose.

<sup>2</sup> Canada, États-Unis, Australie, 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).

Nom de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

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

Covid-19	Covid-19	<p>Personnes immunocompétentes <b>avec</b> un TAAN ou un TDAR + :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une dose de vaccin ARNmessenger, de vaccin à protéine recombinante avec adjuvant ou à Vecteur Viral et une dose de rappel 3 mois après la dernière dose.</li> </ul> <p>Personnes immunocompétentes <b>sans</b> TAAN et TDAR + :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux doses de vaccins ARNmessenger, de vaccin à protéine recombinante avec adjuvant ou à Vecteur Viral et une dose de rappel 3 mois après la dernière dose.</li> </ul> <p>Personnes immunodéprimées <b>avec ou sans</b> TAAN ou TDAR + :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trois doses de vaccins + 2 doses de rappel</li> </ul>	<p>Primovaccination complétée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dose(s) de rappel reçue(s) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Refus de vaccination : <input type="checkbox"/></p> <p>Date : _____</p>
----------	----------	---	--

**Section devant être remplie par l'infirmière, le pharmacien ou le médecin  
qui procède à l'évaluation de la vaccination**

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) a amorcé sa vaccination et **peut intégrer ses stages**. (Indépendamment de la vaccination Covid-19)

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lieu de vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) répond aux recommandations de santé publique pour l'immunisation de base des stagiaires. (Indépendamment de la vaccination Covid-19)

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lieu de vaccination

- La présente atteste que l'étudiante ou l'étudiant ci-haut mentionné(e) a amorcé sa vaccination, **mais ne peut pas intégrer ses stages**.

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Lieu de vaccination