

IMPORTANT

POUR LA RENTRÉE 2025

Aux étudiantes et étudiants admis dans une
des techniques de la santé

Objet : Recommandations en matière d'immunisation et de tests

DOCUMENT À REMETTRE EN Janvier 2025

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.

Nous vous rappelons d'ailleurs que ce formulaire se veut un résumé des recommandations générales en matière d'immunisation. Après évaluation du dossier vaccinal du stagiaire, il se pourrait que le professionnel décide, pour diverses raisons, de ne pas administrer tous les vaccins et tests énumérés dans ce formulaire. Notez également que seul ce formulaire sera utilisé par l'infirmière ou l'infirmier du CISSS ou CIUSSS qui fera l'évaluation du dossier vaccinal.

Il est recommandé, avant votre entrée au Cégep :

- 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 subissiez un test de dépistage contre la tuberculose et ce, toujours 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 protégé contre la varicelle si vous n'avez jamais contracté cette maladie;
 - COVID : Vaccination fortement recommandée.
-

Nous vous suggérons dès maintenant :

- De prendre rendez-vous le plus rapidement possible avec le 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 dans les établissements de santé.*
-

En début d'année collégiale, c'est-à-dire en janvier 2025, nous vous demanderons de remettre cette fiche d'immunisation et de tests dûment remplie au coordonnateur ou à la coordonnatrice de votre technique de la santé. Nous vous suggérons de vous prémunir contre l'influenza (grippe) lors de la vaccination annuelle à l'automne auprès de votre Centre de santé et des services sociaux.

Comme tout travailleur du domaine de la santé, la stagiaire ou le stagiaire est exposé à des maladies transmissibles, du fait qu'il entre en contact avec des personnes atteintes d'une infection diagnostiquée ou non.

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 2025!

**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 ₂ T ₅ 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. Pas de vaccination systématique pour les ≥ 18 ans	<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 ¹	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 ^e 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 ² ; - 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 ² Si TCT positif : Évaluation TB active 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 ^{er} TCT _____ Résultat : _____ mm 2 ^e 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"/>

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

² 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 avec un TAAN ou un TDAR + :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Personnes immunocompétentes sans TAAN et TDAR + :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Personnes immunodéprimées avec ou sans TAAN ou TDAR + :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trois doses de vaccins + 2 doses de rappel 	<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