



| IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT(E)                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|----------------------------|------------------|
| Prénom                                                                                                                                                                                                                              | #Étudiant                    | Identité sexuelle  | Téléphone                  |                  |
| Nom de famille                                                                                                                                                                                                                      | Date naissance               | Courriel           |                            |                  |
| Immunisation obligatoire **Fournir une copie de vos preuves                                                                                                                                                                         |                              |                    |                            |                  |
| Date d'administration du vaccin (JJ/MM/AA)                                                                                                                                                                                          |                              |                    |                            |                  |
| <b>Tétanos Diphtérie et Coqueluche</b><br>Série primaire de 3 minimum obligatoire et Une dose à l'âge adulte, peu importe quand leur dernière dose de vaccin a été administrée. Ensuite à chaque 10 ans                             | #1                           | #2                 | #3                         | #4               |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | #5               |
|                                                                                                                                                                                                                                     | Dose Coqueluche 18ans et + : |                    |                            | Dernière Dose :  |
| <b>Polio VPI</b><br>Série primaire de 3 minimum obligatoire                                                                                                                                                                         | #1                           | #2                 | #3                         | #4               |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | #5               |
| Résultat d'anticorps sanguin<br>**fournir copie des résultats de laboratoire                                                                                                                                                        |                              |                    |                            |                  |
| <b>Rougeole</b> : 2 doses de vaccin et Analyse de sang confirmant l'immunité                                                                                                                                                        | #1                           | #2                 |                            | Date:            |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | Résultat :       |
| <b>Oreillons</b> : 2 doses de vaccin et Analyse de sang montrant l'immunité                                                                                                                                                         | #1                           | #2                 |                            | Date:            |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | Résultat :       |
| <b>Rubéole</b> : 2 doses de vaccin et Analyse de sang montrant l'immunité                                                                                                                                                           | #1                           | #2                 |                            | Date:            |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | Résultat :       |
| <b>Varicelle</b> : 2 doses de vaccin et Analyse de sang montrant l'immunité                                                                                                                                                         | #1                           | #2                 |                            | Date:            |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | Résultat :       |
| <b>Hépatite B ou Hépatite A et B</b><br>Série de 2-3 doses de vaccin et Analyse de sang Anticorps (Hbsab) et antigène (Hbsag)                                                                                                       | #1                           | #2                 | #3                         | Date:            |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    |                            | Hbsab résultat : |
|                                                                                                                                                                                                                                     | #4 ou rappel si reçu :       |                    |                            | Hbsag résultat : |
| <b>Vaccin contre Covid-19</b>                                                                                                                                                                                                       | #1                           | #2                 | #3                         | #4 (si fait)     |
| TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) obligatoire                                                                                                                                                                                      |                              |                    |                            |                  |
| TCT en 2 temps                                                                                                                                                                                                                      | Date du test                 | Date de la lecture | Induration (mm)            |                  |
| TCT #1                                                                                                                                                                                                                              |                              |                    |                            |                  |
| TCT #2                                                                                                                                                                                                                              |                              |                    |                            |                  |
| TCT ANNUEL                                                                                                                                                                                                                          | Date du test                 | Date de la lecture | Induration (mm)            |                  |
| À l'attention du médecin ou de l'infirmière : Histoire de TCT réactif dans le passé ou résultat réactif plus grand de 10mm d'induration requiert une radiographie pulmonaire datant de moins de 2 ans. *** Fournir copie du rapport |                              |                    | À faire si TCT est réactif |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    | Date du CXR :              |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                    | Résultat :                 |                  |
| <b>Tuberculose traitement</b><br>OUI NON                                                                                                                                                                                            | Si oui : Date de fin:        |                    |                            |                  |
| Autres                                                                                                                                                                                                                              |                              |                    |                            |                  |
| <b>Vaccin contre l'influenza annuel</b><br>(Durant la saison de grippe (octobre-mai)                                                                                                                                                | Dernière dose                |                    |                            |                  |
| Rempli par RN / RPN ou MD                                                                                                                                                                                                           |                              |                    | Étampe du bureau           |                  |
| Nom :                                                                                                                                                                                                                               |                              |                    |                            |                  |
| Signature:                                                                                                                                                                                                                          |                              |                    |                            |                  |
| Date:                                                                                                                                                                                                                               |                              |                    |                            |                  |

1. The first part of the document is a list of the names of the members of the committee.