

GUIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Preuve de vaccination — Intégration communautaire par l'éducation coopérative / Techniques de travail social

Clinique médicale CSanté

Ce guide explique comment compléter correctement le formulaire exigé par votre programme d'études, et quels documents transmettre à la Clinique médicale CSanté pour obtenir votre attestation de dossier d'immunisation et avoir accès à vos stages.

AVANT DE COMMENCER

1. Imprimez le formulaire « Formulaire de preuve de vaccination ».
2. Apportez-le à votre médecin de famille ou à une infirmière (RN/RPN).
3. Demandez que les sections pertinentes soient remplies et signées directement par le professionnel de la santé.

COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE, SECTION PAR SECTION

Identification de l'étudiant(e)

À remplir vous-même : prénom, nom de famille, numéro d'étudiant La Cité, date de naissance, identité sexuelle, téléphone et courriel.

Immunisation obligatoire

Pour chaque vaccin, le médecin ou l'infirmière inscrit la date d'administration (JJ/MM/AA) de chaque dose, dans l'ordre chronologique (#1, #2, #3...). **Une copie de vos preuves de vaccination doit accompagner le formulaire.**

- **Tétanos, Diphtérie** : Inscrire la date de votre dernière dose de TD (Tétanos-Diphtérie), à renouveler à chaque 10 ans.
- **Coqueluche** : une dose à l'âge adulte (18 ans et +), peu importe la date de la dernière dose reçue.
- **Polio (VPI)** : inscrire la date de votre dernière dose reçue.
- **Rougeole, Oreillons, Rubéole, Varicelle** : 2 doses de vaccin pour chacun. Si une dose de rappel a été administrée, elle est notée dans la case #3 (voir section Résultat d'anticorps sanguin).
- **Hépatite B** : série de 2 à 3 doses de vaccin. Si une dose de rappel a été administrée, elle est notée dans la case #4 (voir section Résultat d'anticorps sanguin).

Résultat d'anticorps sanguin

Une copie de vos rapports de prise de sang doit accompagner le formulaire.

- Une analyse de sang mesurant l'anticorps pour Rougeole IgG, Oreillons IgG, Rubella IgG et Varicelle IgG, ainsi que pour l'hépatite B mesurant l'anticorps (HBsAb) et l'antigène (HBsAg).
- Inscrivez la date du test ainsi que le résultat. **Assurez-vous que les 6 tests sont exécutés.**



IMPORTANT

Si vos résultats sanguins montrent une immunité indéterminée ou non réactive (même si vous avez été vacciné durant l'enfance), une dose de rappel est obligatoire pour renforcer votre immunité.

Exigences à confirmer avec votre milieu de stage : Si votre milieu de stage n'est pas encore déterminé, vous pouvez laisser cette section vide et la compléter plus tard si nécessaire. Si vous avez déjà effectué vos tests et vaccinations, je vous remercie d'inscrire ces informations dans la section prévue à cet effet

- **Vaccin contre l'influenza :** La date de la dernière dose reçue durant la saison de la grippe (octobre à mai).
- **Vaccin contre la COVID-19 :** Selon la demande de votre milieu de stage, indiquer les dates des doses reçues (jusqu'à 3 doses).
- **TCT en 2 temps** (si c'est votre premier TCT) : deux tests (TCT #1 et TCT #2), chacun avec la date du test, la date de la lecture (48–72h plus tard) et le résultat en mm d'induration. ***Les 2 test doivent être fait dans un délais de 1 mois maximum pour être valide
- **TCT annuel :** si vous devez refaire un TCT chaque année, la même information est inscrite dans cette section.

Si le TCT est réactif (induration supérieure à 10 mm) ou si vous avez un historique de TCT réactif, une radiographie pulmonaire (CXR) de moins de 2 ans est requise. La date et le résultat doivent être inscrits, et une copie du rapport doit être fournie.

Traitement de tuberculose (non obligatoire)

Le médecin coche Oui ou Non. **Si oui, la date de fin du traitement doit être indiquée.**

Section du professionnel de la santé

Le nom, la signature et la date du RN, RPN ou médecin qui a rempli le formulaire, ainsi que l'**étampe officielle du bureau**, sont obligatoires.

Un formulaire sans tampon, ni signature ne pourra pas être traité.

LISTE DE VÉRIFICATION

Documents à envoyer — Dossier d'immunisation

Clinique médicale CSanté

Avant l'envoi, assurez-vous d'avoir tous les documents suivants :

DOCUMENTS REQUIS	
☐	Le Formulaire de preuve de vaccination Rempli, signé et étampé par le médecin ou l'infirmière
☐	Une copie de vos preuves de vaccination officielles selon votre province .
☐	Une copie de vos résultats d'analyses sanguines obligatoires (voir liste ci-dessous)

Résultats d'analyses sanguines requis :

☐	Measles IgG (Rougeole)
☐	Mumps IgG (Oreillons)
☐	Rubella IgG (Rubéole)
☐	Varicella IgG (Varicelle)
☐	HBsAg (antigène, Hépatite B)
☐	HBsAb (anticorps, Hépatite B)

DOCUMENT SUR DEMANDE DU MILIEU DE STAGE	
☐	Une copie du rapport de radiographie pulmonaire , si votre TCT était réactif
DOCUMENT SI DISPONIBLE	
☐	Une copie de vos preuves de vaccination contre la COVID-19 (si vous avez déjà fait)

 IDENTIFICATION OBLIGATOIRE	Vérifiez que chaque document (formulaire et preuves) est identifié avec votre nom complet et votre numéro d'étudiant La Cité.
--	---

COMMENT ENVOYER VOS DOCUMENTS

Transmettez l'ensemble des documents par l'une des méthodes suivantes :

 **Courriel**

cliniquemedicale@csante.info



Télécopieur (fax)

343-888-2018

AUTRE OPTION — FAIRE LES TESTS À LA CLINIQUE


**TESTS
SURPLACE**

Il est aussi possible de faire l'ensemble des tests et analyses (TCT, prises de sang, vaccins) directement à la **Clinique médicale CSanté**. La clinique demeure ouverte durant l'été. Consultez les horaires sur

www.csante.info

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'ENVOI ?

Une fois vos documents reçus, CSanté procède à leur vérification. Si tout est conforme, une **attestation de dossier d'immunisation** vous sera transmise par courriel.


RAPPEL

Assurez-vous d'avoir fait l'ouverture de votre dossier à la clinique au préalable.


ATTENTION

Si un document est manquant, illisible ou non identifié correctement, le traitement de votre dossier sera retardé.



Formulaire de preuve de vaccination
Intégration communautaire par l'éducation coopérative / Techniques de travail social

Clinique médicale CSanté — Formulaire à compléter par un médecin ou l'infirmière

IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT(E)			
Prénom	# Étudiant	Identité sexuelle	Téléphone
Nom de famille	Date de naissance	Courriel	

IMMUNISATION OBLIGATOIRE — ** Fournir une copie de vos preuves — Date d'administration du vaccin (JJ/MM/AA)				
Vaccin Tétanos, Diphtérie (TD) et Dose coqueluche 18ans et+	Coqueluche ,Une dose à l'âge adulte, peu importe quand leur dernière dose de vaccin a été administrée. Ensuite TD à chaque 10 ans		Dernière dose :	
Vaccin Polio (VPI)	Dernière dose :			
Vaccin pour Rougeole / Oreillon / Rubella (MMR / ROR)	#1	#2	****Si les résultats de votre analyse sanguine indiquent une immunité indéterminée ou un résultat non réactif, vous devez recevoir une dose de rappel afin de renforcer votre immunité.	#3
Vaccin pour la varicelle	#1	#2		#3
Vaccin pour Hépatite B	#1	#2	#3	#4:

RÉSULTAT D'ANTICORPS SANGUIN — ** Fournir copie résultats labo — Si non réactif : dose de rappel requise			
Rougeole IgG	DATE :	Résultat :	****Si les résultats de votre analyse sanguine indiquent une immunité indéterminée ou un résultat non réactif, vous devez recevoir une dose de rappel afin de renforcer votre immunité.
Oreillons IgG	DATE :	Résultat :	
Rubéole IgG	DATE :	Résultat :	
Varicelle IgG	DATE :	Résultat :	
Hépatite B anticorps (HBsAb) et antigène (HBsAg)	DATE :	Résultat HBsAb:	Résultat HBsAg:

Exigences à confirmer avec votre milieu de stage : Si votre milieu de stage n'est pas encore déterminé, vous pouvez laisser cette section vide et la compléter plus tard si nécessaire.
Si vous avez déjà effectué vos tests et vaccinations, je vous remercie d'inscrire ces informations dans la section prévue à cet effet

Vaccin contre l'influenza (annuel) — Durant la saison de grippe (octobre à mai)	Dernière dose :		
Vaccin contre la COVID-19	#1	#2	#3

TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) — sur demande du milieu de stage			
TCT en 2 temps	Date du test	Date de lecture	Induration (mm)
TCT #1			
TCT #2			
TCT annuel (si tct en 2 temps datant de plus d'un an)	Date du test	Date de lecture	Induration (mm)

ATTENTION : historique de TCT réactif OU résultat ≥ 10 mm requiert une radiographie pulmonaire datant de moins de 2 ans.		
À FAIRE SI TCT RÉACTIF (≥ 10 mm)		
Date du CXR	Résultat	Tuberculose - traitement: OUI/NON - Si oui, date de fin:

REMPLE PAR RN / RPN OU MD	ÉTAMPE DU BUREAU
Nom :	(espace réservé à l'étampe officielle)
Signature :	
Date :	

SVP envoyer à : Fax 343-888-2018 / cliniquemedicale@csante.info

** Les preuves envoyées doivent être bien identifiées avec votre nom complet et numéro d'étudiant de La Cité.

exigence catégorie 6 : 2026-06-16

GUIDE TO COMPLETING THE FORM

Proof of Vaccination — Community Integration through Cooperative Education / Social Service Worker
CSanté Medical Clinic

This guide explains how to properly complete the form required by your program of study, and which documents to submit to the CSanté Medical Clinic to obtain your immunization record certification and gain access to your clinical placements.

BEFORE YOU BEGIN

1. Print the form "Proof of Vaccination Form."
2. Bring it to your family doctor or a nurse (RN/RPN).
3. Ask that the relevant sections be completed and signed directly by the healthcare professional.

HOW TO COMPLETE THE FORM, SECTION BY SECTION

Student Identification

To be completed by you: first name, last name, La Cité student number, date of birth, gender identity, phone number, and email.

Mandatory Immunization

For each vaccine, the doctor or nurse enters the date of administration (DD/MM/YY) of each dose, in chronological order (#1, #2, #3...). **A copy of your proof of vaccination must accompany the form.**

- **Tetanus, Diphtheria** : Enter the date of your last Td (Tetanus-Diphtheria) dose, to be renewed every 10 years.
- **Pertussis**: one dose in adulthood (18 years and older), regardless of the date of the last dose received.
- **Polio (IPV)**: enter the date of your last dose received.
- **Measles, Mumps, Rubella, Chickenpox**: 2 doses of vaccine for each. If a booster dose was administered, it is noted in box #3 (see Blood Antibody Result section).
- **Hepatitis B**: series of 2 to 3 doses of vaccine. If a booster dose was administered, it is noted in box #4 (see Blood Antibody Result section).

Blood Antibody Result

A copy of your blood test reports must accompany the form.

- A blood test measuring antibodies for Measles IgG, Mumps IgG, Rubella IgG, and Varicella IgG, as well as for Hepatitis B measuring the antibody (HBsAb) and antigen (HBsAg).
- Enter the date of the test as well as the result. **Make sure all 6 tests are performed.**



IMPORTANT

If your blood results show indeterminate or non-reactive immunity (even if you were vaccinated during childhood), a booster dose is mandatory to strengthen your immunity.

Requirements to confirm with your placement site: If your placement site has not yet been determined, you may leave this section blank and complete it later if needed. If you have already completed your tests and vaccinations, please enter this information in the section provided for that purpose

- **Influenza vaccine:** The date of the last dose received during flu season (October to May).
- **COVID-19 vaccine:** According to your placement site's requirements, indicate the dates of doses received (up to 3 doses).
- **2-step TST** (if this is your first TST): two tests (TST #1 and TST #2), each with the test date, the reading date (48–72h later), and the result in mm of induration. ***Both tests must be done within a maximum of 1 month to be valid
- **Annual TST:** if you need to repeat a TST every year, the same information is entered in this section.

If the TST is reactive (induration greater than 10 mm) or if you have a history of a reactive TST, a chest X-ray (CXR) less than 2 years old is required. The date and result must be entered, and a copy of the report must be provided.

Tuberculosis Treatment (not mandatory)

The doctor checks Yes or No. **If yes, the end date of treatment must be indicated.**

Healthcare Professional Section

The name, signature, and date of the RN, RPN, or doctor who completed the form, as well as the **official office stamp**, are mandatory.

A form without a stamp, or signature cannot be processed.

CHECKLIST

Documents to Submit — Immunization Record

CSanté Medical Clinic

Before submitting, make sure you have all the following documents:

REQUIRED DOCUMENTS	
☐	The Proof of Vaccination Form Completed, signed, and stamped by the doctor or nurse
☐	A copy of your official proof of vaccination according to your province.
☐	A copy of your mandatory blood test results (see list below)

 **Required Blood Test Results:**

☐	Measles IgG
☐	Mumps IgG
☐	Rubella IgG
☐	Varicella IgG
☐	HBsAg (antigen, Hepatitis B)
☐	HBsAb (antibody, Hepatitis B)

DOCUMENT UPON REQUEST OF THE PLACEMENT SITE	
☐	A copy of the chest X-ray report , if your TST was reactive

DOCUMENT IF AVAILABLE	
☐	A copy of your proof of COVID-19 vaccination (if already done)

MANDATORY IDENTIFICATION	
	Make sure each document (form and proof documents) is labeled with your full name and your La Cité student number .

HOW TO SEND YOUR DOCUMENTS

Submit all documents using one of the following methods:

 **Email**

cliniquemedicale@csante.info



Fax

343-888-2018

ANOTHER OPTION — HAVE THE TESTS DONE AT THE CLINIC


**ON-SITE
TESTS**

It is also possible to have all the tests and analyses (TST, blood draws, vaccines) done directly at the **CSanté Medical Clinic**. The clinic remains open during the summer. Check the hours at

www.csante.info

WHAT HAPPENS AFTER SUBMISSION?

Once your documents are received, CSanté will verify them. If everything is in order, an **immunization record certification** will be sent to you by email.


REMINDER

Make sure you have already opened your file at the clinic beforehand.


ATTENTION

If a document is missing, illegible, or not properly labeled, the processing of your file will be delayed.



Vaccination Proof Form
Community Integration through Cooperative Education / Social Service Worker

CSanté Medical Clinic — Form to be completed by a physician or nurse

STUDENT IDENTIFICATION			
First Name	Student #	Gender Identity	Phone
Last Name	Date of Birth	Email	

MANDATORY IMMUNIZATION — ** Provide a copy of your proof — Vaccine administration date (DD/MM/YY)				
Tetanus, Diphtheria (Td) Vaccine and Pertussis dose, 18 years and older	pertussis, One dose in adulthood, regardless of when the last vaccine dose was administered. Then Td every 10 years			Last dose:
Polio Vaccine (IPV)	Last dose:			
Measles / Mumps / Rubella Vaccine (MMR)	#1	#2	****If your blood test results indicate indeterminate immunity or a non-reactive result, you must receive a booster dose to strengthen your immunity.	#3
Chickenpox (Varicella) Vaccine	#1	#2		#3
Hepatitis B Vaccine	#1	#2	#3	#4:

BLOOD ANTIBODY RESULT — ** Provide a copy of lab results — If non-reactive: booster dose required				
Measles IgG	DATE:	Result:	****If your blood test results indicate indeterminate immunity or a non-reactive result, you must receive a booster dose to strengthen your immunity.	
Mumps IgG	DATE:	Result:		
Rubella IgG	DATE:	Result:		
Varicella IgG	DATE:	Result:		
Hepatitis B antibody (HBsAb) and antigen (HBsAg)	DATE:	HBsAb Result:	HBsAg Result:	

STRONGLY RECOMMENDED: If your placement site has not yet been determined, you may leave this section blank and complete it later. If you have already completed your tests and vaccinations, please enter this information in the section provided.

Influenza Vaccine (annual) — During flu season (October to May)	Last dose:		
COVID-19 Vaccine	#1	#2	#3 (if done)

TUBERCULIN SKIN TEST (TST) — upon request of the placement site			
2-step TST	Test date	Reading date	Induration (mm)
TST #1			
TST #2			
Annual TST (if the TCT was in two stages and is more than a year old)	Test date	Reading date	Induration (mm)

WARNING: A history of reactive TST OR a result ≥ 10 mm requires a chest X-ray dated less than 2 years ago.

TO BE COMPLETED IF TST IS REACTIVE (≥ 10 mm)		
CXR date	Result	Tuberculosis - treatment: YES/NO - If yes, end date:

COMPLETED BY RN / RPN OR MD	OFFICE STAMP
Name:	(space reserved for official stamp)
Signature:	
Date:	

Please send to: Fax 343-888-2018 / cliniquemedicale@csante.info

**** All submitted proof must be clearly identified with your full name and La Cité student number.**

requirement category 6: 2026-06-16