



Formulaire de preuve de vaccination pour les programmes dans le domaine de sciences de la santé

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 et Coqueluche Série primaire (min 3 doses)	#1	#2	#3	#4: #5:
Dose coqueluche 18ans et+	Une dose à l'âge adulte, peu importe quand leur dernière dose de vaccin a été administrée. Ensuite à chaque 10 ans		Dernière dose :	
Vaccin Polio (VPI) Série primaire (min de 3 doses)	#1	#2	#3	#4: #5:
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.	
Vaccin pour la varicelle	#1	#2		#3
Vaccin pour Hépatite B	#1	#2	#3	#4:
Vaccin contre la COVID-19	#1	#2	#3	#4:

RÉSULTAT D'ANTICORPS SANGUIN — ** Fournir copie résultats labo — Si non réactif : dose de rappel requise			
Rougeole IgG	DATE :	Résultat :	
Oreillons IgG	DATE :	Résultat :	
Rubéole IgG	DATE :	Résultat :	
Varicelle IgG	DATE :	Résultat :	
Hépatite B anticorps (HBsAb) et antigène (HBsAg)	DATE :	Résultat HBsAb:	Résultat HBsAg:

TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT) — OBLIGATOIRE			
TCT en 2 temps	Date du test	Date de lecture	Induration (mm)
TCT #1			
TCT #2			
TCT annuel	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:

AUTRES	
Vaccin contre l'influenza (annuel) — Durant la saison de grippe (octobre à mai)	Dernière dose :

REPLI 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 1 : 2026-06-16