

VACCINATIONS & TESTS RECOMMENDED FOR NURSING STUDENTS

Student Last Name:	Student First Name:	Date of birth:	____ / ____ / ____ <small>yyyy / mm / dd</small>
Diseases	Recommendations	Follow-up if necessary (for use by the health care provider) Enter dates of the student's vaccines (YYYY/MM/DD)	
Measles, Mumps and Rubella (MMR):	<ul style="list-style-type: none"> • 2 dose vaccine series of MMR OR • MMRV and 1 dose MMR <ul style="list-style-type: none"> ○ one varicella dose may be indicated & given here, student will need another dose OR • Immune antibody titers for Mumps, Measles and Rubella – <i>attach copy of report</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ If your blood test is negative, an MMR booster is required. 	MMR Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ MMR Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ OR MMRV Dose Date: ____ / ____ / ____ OR MMR Booster required based on serology: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES - MMR Booster Date: ____ / ____ / ____	
Varicella: (Chicken Pox)	<ul style="list-style-type: none"> • Proof of 2-dose series OR • Another varicella dose is required if student received 1 MMRV OR • Immune antibody titers for Varicella – <i>attach copy of report</i> (if you had varicella as a child, blood test required to confirm you have had it) <ul style="list-style-type: none"> ○ If your blood test is negative, a varicella 2 dose series is required 	Varicella Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ Varicella Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ OR Varicella Dose Date: ____ / ____ / ____ OR Varicella Serology Date: ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Reactive / Immune >110 mIU/ml <input type="checkbox"/> Non-Immune – Varicella 2 dose series Varicella Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ Varicella Dose 2 Date: ____ / ____ / ____	
Hepatitis B:	<ul style="list-style-type: none"> • 2 HepB vaccines accepted for students ≤ 19 years. • 3 HepB vaccines required for students >20 years. OR • Immune antibody titer for HepB - <i>attach copy of report</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ No booster required if blood test results > 10 IU/L 	HepB Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ HepB Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ HepB Dose 3 Date: ____ / ____ / ____ OR HepB Booster Date: ____ / ____ / ____	
Polio:	<ul style="list-style-type: none"> • No routine vaccination for students ≥ 18 years OR – • Students ≤ 17 years need primary vaccination * <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">*Primary vaccination: 3 or 4 doses during childhood depending on vaccine received and at least 1 dose given after the age of 4 years</p>	<input type="checkbox"/> Exempt OR Polio Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ Polio Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ Polio Dose 3 Date: ____ / ____ / ____ Polio Dose 4 Date: ____ / ____ / ____	
Tetanus-Diphtheria, Pertussis (Tdap):	<ul style="list-style-type: none"> • 3 or 4 primary doses of Tdap in childhood and 1 booster of tetanus-diphtheria in adolescence required • If you have not been vaccinated for Tdap or are unable to obtain your records, 1 Tdap vaccine is required • If it has been > 10 years since the last dose received in adolescence, Tdap booster is required 	Tdap Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ Tdap Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ Tdap Dose 3 Date: ____ / ____ / ____ Tdap Dose 4 Date: ____ / ____ / ____ Tdap Booster required: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES – Tdap Booster Date: ____ / ____ / ____	
Tuberculosis :	<ul style="list-style-type: none"> • 2-STEP PPD (Purified Protein Derivative) / 2-STEP TST (Tuberculin Skin Test) test required if: <ul style="list-style-type: none"> ○ Born in Canada before 1976 ○ Born outside of Canada ○ Immunized with the BCG vaccine ○ Exposed to a person with contagious tuberculosis ○ Have spent more than 3 months in a country with a high incidence of tuberculosis (except Canada, the United States, Australia, New Zealand, certain Western European countries (Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland, the United Kingdom) and the Caribbean (except Haiti and the Dominican Republic)). 	1st PPD/TST – Date: ____ / ____ / ____ Result: ____ mm 2nd PPD/TST – Date: ____ / ____ / ____ Result: ____ mm • Positive TB and / or positive 2-STEP PPD/TST: <ul style="list-style-type: none"> ○ Make an appointment to see a respirologist or any other specialist who will evaluate your situation. Contact one of the following: <ul style="list-style-type: none"> ○ Montreal Chest Hospital (514-843-2080) ○ Jewish General Hospital (514-340-8222) ○ The Nursing Department will require a note from the specialist permitting the student to practice in the clinical area. <input type="checkbox"/> PPD/TST NOT required	
COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Highly recommended to be done every year 	Date : ____ / ____ / ____ name of vaccine _____	
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> • Highly recommended to be done every year 	Date : ____ / ____ / ____	

This form must be **completed in full and dated and signed** by the Health Care Provider that documented and/or performed the vaccination and/or testing.

The student's immunization is in progress and follow-up is required

Date: ____ / ____ / ____
yyyy / mm / dd

 Signature of Health Care Provider

 Clinic / CLSC

The student meets the immunization recommendations for "stagiaires" in health care facilities

Date: ____ / ____ / ____
yyyy / mm / dd

 Signature of Health Care Provider

 Clinic / CLSC

Nom de l'étudiant: _____		Prénom de l'étudiant: _____		Date de naissance: _____ aaaa / mm / j
Maladies	Recommandations	Suivi à assurer s'il y lieu (à l'usage de l'infirmière) Svp – indiquer les dates des vaccins (AAAA/MM/JJ)		
Rougeole, Rubéole Oreillons (RRO):	<ul style="list-style-type: none"> 2 doses de vaccin RRO OU 1 dose RROV et 1 dose RRO * 1 dose de vaccin Varicelle peut être indiquée et administrée si nécessaire OU Anticorps Rougeole, Rubéole et Oreillons – <i>joindre les résultats sérologiques</i> <ul style="list-style-type: none"> Si séro négatif, une dose de rappel est nécessaire 	RRO 1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ RRO 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ OU RROV Dose Date: _____ / _____ / _____ OU RRO rappel: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI - RRO Rappel Date: _____ / _____ / _____		
Varicelle: (« picote »)	<ul style="list-style-type: none"> Preuve de 2 doses de vaccin OU 1 dose est nécessaire si l'étudiant a reçu 1 dose de RROV OU Anticorps contre la Varicelle – <i>joindre les résultats sérologiques</i> * Si séro négatif, 2 doses de vaccin contre la varicelle est nécessaire 	Varicelle 1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ Varicelle 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ OU Varicelle - Date: _____ / _____ / _____ OU Sérologie Varicelle Date: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Positif / Immunisé >110 mIU/ml <input type="checkbox"/> Négatif / Non-Immunisé – 2 doses de vaccin Varicelle Varicelle 1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ Varicelle 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____		
Hépatite B:	<ul style="list-style-type: none"> 2 doses de vaccins (HAHB et HB) sont acceptées pour les étudiants de 19 ans et moins. 3 doses de vaccins HepB est requis pour étudiants 20 ans et plus Anticorps anti-HB - <i>joindre les résultats sérologiques</i> Si le résultat d'anti-HB est ≥ 10 UI/L = Immunisé 	HépB 1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ HépB 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ HépB 3 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____		
Poliomyélite:	<ul style="list-style-type: none"> Pas de vaccination systématique pour les étudiants ≥ 18 ans OU Étudiants ≤ 17 ans nécessitent une vaccination primaire* * Vaccination primaire : 3 ou 4 doses selon les vaccins utilisés dont au moins une dose reçue après l'âge de 4 ans. 	<input type="checkbox"/> Exempté OU Polio 1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ Polio 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ Polio 3 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ Polio 4 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (dcaT):	<ul style="list-style-type: none"> 3 or 4 doses de dcaT durant l'enfance et un rappel de tétanos-diphtérie à l'adolescence requis. Si vous n'avez pas reçu le dcaT, ou avez perdu votre carnet de vaccination, 1 vaccin dcaT requis OU Si > 10 ans depuis la dernière dose à l'adolescence, une dose de rappel dcaT est requis 	dcaT 1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ dcaT 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ dcaT 3 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ dcaT 4 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ dcaT Rappel requis: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI – dcaT Rappel Date: _____ / _____ / _____		
Tuberculose:	<ul style="list-style-type: none"> TCT – 2 étapes (test cutané à la tuberculine) est requis si: <ul style="list-style-type: none"> Né au Canada avant 1976; Né à l'extérieur du Canada; Ayant reçu le vaccin BCG; Ayant 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 certain pays (à l'extérieur du Canada, Etats-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, 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)) 	1 ^{ère} TCT - Date: _____ / _____ / _____ résultat: _____ mm 2 ^{ème} TCT - Date: _____ / _____ / _____ résultat: _____ mm <ul style="list-style-type: none"> Si TCT considéré significative, une consultation médicale et Rayon X- poumons nécessaire Prendre rendez-vous avec un pneumologue ou tout autre spécialiste qui évaluera votre situation. Contactez l'un des organismes suivants: <ul style="list-style-type: none"> Institut Thoracique de Montréal (514-843-2080) Hôpital General Jufif (514-340-8222) Le département des soins infirmiers exigera une note du spécialiste autorisant l'étudiant à aller en stage. <input type="checkbox"/> TCT NON REQUIS		
COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Fortement recommandé 	Date: _____ / _____ / _____ nom de vaccin _____		
Grippe (« influenza »)	<ul style="list-style-type: none"> Fortement recommandé – vaccin à recevoir en novembre chaque année 	Date: _____ / _____ / _____		

Ce formulaire **doit être rempli dans son intégralité, daté et signé** par le prestataire de soins de santé qui a documenté et/ou effectué la vaccination et/ou le test.

L'étudiant poursuit son programme d'immunisation afin de répondre aux recommandations

Date: _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj

signature du prestataire de soins de santé

Clinique / CLSC

Répond aux recommandations en matière d'immunisation pour les stagiaires dans les établissements de santé

Date: _____ / _____ / _____
aaaa / mm / jj

signature du prestataire de soins de santé

Clinique / CLSC