

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 * 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 report</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ If a titer results in non-immunity, 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> <ul style="list-style-type: none"> ○ If a titer results in non-immunity, a varicella 2 dose series required OR • Documented Date of Disease after the age of 1 year 	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: ____ / ____ / ____ OR Date of Disease: ____ / ____ / ____	
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"> ○ Immune if > 10 IU/L 	HepB Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ HepB Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ HepB Dose 3 Date: ____ / ____ / ____	
Polio:	<ul style="list-style-type: none"> • No routine vaccination for ≥ 18 years OR • Students ≤ 17 years primary vaccination * OR • 3 dose vaccine series of Polio <p><small>*Primary vaccination: 3 or 4 doses during childhood depending on vaccine received and at least 1 dose given after the age of 4 years</small></p>	<input type="checkbox"/> Exempt OR Polio Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ Polio Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ Polio Dose 3 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 	1 st PPD/TST – Date: ____ / ____ / ____ Result: ____ mm 2 nd 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	First two (2) doses of COVID-19 vaccine and booster shots highly recommended	Dose 1 Date: ____ / ____ / ____ name of vaccine _____ Dose 2 Date: ____ / ____ / ____ name of vaccine _____ Dose 3 Date: ____ / ____ / ____ name of vaccine _____ Dose 4 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 séronégatif, 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 séronégatif, 2 doses de vaccin contre la varicelle est nécessaire OU <ul style="list-style-type: none"> Preuve documentée avec date de la maladie après l'âge de 1 an 	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: _____ / _____ / _____ OU Date de la maladie: _____ / _____ / _____		
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-HBs - <i>joindre les résultats sérologiques</i> o Si le titre d'anti-HBs 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"> Étudiants ≤ 17 ans vaccination primaire* Pas de vaccination systématique pour les ≥ 18 ans OU 3 doses de vaccin VPI * 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: _____ / _____ / _____		
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 <ul style="list-style-type: none"> 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 Juif (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	Les deux premières doses du vaccin contre le COVID-19 et les doses de rappel sont fortement recommandées	1 ^{ère} dose Date: _____ / _____ / _____ nom de vaccin _____ 2 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ nom de vaccin _____ 3 ^{ème} dose Date: _____ / _____ / _____ nom de vaccin _____ 4 ^{ème} dose 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