

VACCINATIONS & TESTS RECOMMENDED FOR NURSING STUDENTS

Student Last Name:		Student First Name:		Date of birth:	____/____/____ yyyy / mm / dd
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):	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 of report</i> - 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: ☐ NO ☐ YES - MMR Booster Date: ____/____/____			
Varicella: (Chicken Pox)	- Proof of 2-dose series - OR - A 2nd dose of Varivax is required if student received the MMRV vaccine - 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 the antibodies) - If your blood test is negative, a Varivax 2 dose series is required	1 st dose of Varivax - Date: ____/____/____ 2 nd dose of Varivax - Date: ____/____/____ OR 2 nd Dose of Varivax - Date (if received MMRV): ____/____/____ OR Varicella Serology - Date: ____/____/____ ☐ Reactive / Immune >110 mIU/ml ☐ Non-Immune – Varivax 2 dose series 1 st dose of Varivax - Date: ____/____/____ 2 nd dose of Varivax - Date: ____/____/____			
Hepatitis B:	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> - 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:	- No routine vaccination for students ≥ 18 years - OR - Students ≤ 17 years need primary vaccination * <i>*Primary vaccination: 3 or 4 doses during childhood depending on vaccine received and at least 1 dose given after the age of 4 years</i>	☐ Exempt OR Polio Dose 1 Date: ____/____/____ Polio Dose 2 Date: ____/____/____ Polio Dose 3 Date: ____/____/____ Polio Dose 4 Date: ____/____/____			
Tetanus-Diphtheria, Pertussis (Tdap):	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: ☐ NO ☐ YES – Tdap Booster Date: ____/____/____			
Tuberculosis :	2-STEP PPD (Purified Protein Derivative) / 2-STEP TST (Tuberculin Skin Test) test required if: - 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)).	1 st PPD/TST – Date: ____/____/____ Result: _____mm 2 nd PPD/TST – Date: ____/____/____ Result: _____mm • Positive TB and / or positive 2-STEP PPD/TST: - Make an appointment to see a respirologist or any other specialist who will evaluate your situation. Contact one of the following: - 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. ☐ PPD/TST NOT required			
COVID-19	Highly recommended to be done every year	Date : ____/____/____ name of vaccine _____			
Influenza	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):	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> - 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: ☐ NON ☐ OUI - RRO Rappel Date: ____/____/____		
Varicelle: (« picote »)	- Preuve de 2 doses de vaccin OU - Une deuxième dose de Varivax est requise si l'étudiant a reçu le vaccin RROV OU Anticorps contre la Varicelle – <i>joindre les résultats sérologiques</i> <i>(Si vous avez eu la varicelle dans votre enfance, une analyse sanguine est nécessaire pour confirmer que vous avez les anticorps)</i> * Si séro négatif, 2 doses de vaccin contre la varicelle est nécessaire		1 ^{ère} dose de Varivax - Date: ____/____/____ 2 ^{ème} dose de Varivax - Date: ____/____/____ OU Dose de Varivax (si a reçu le vaccin RROV) - Date: ____/____/____ OU Sérologie Varicelle - Date: ____/____/____ ☐ Positif / Immunisé >110 mIU/ml ☐ Négatif / Non-Immunisé – 2 doses de Varivax 1 ^{ère} dose de Varivax - Date: ____/____/____ 2 ^{ème} dose de Varivax - Date: ____/____/____		
Hépatite B:	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:	- 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.		☐ 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):	3 ou 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: ☐ NON ☐ OUI – dcaT Rappel Date: ____/____/____		
Tuberculose:	TCT – 2 étapes (test cutané à la tuberculine) est requis si: - 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, États-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 - 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: - Institut Thoracique de Montréal (514-843-2080) - Hôpital Général Juif (514-340-8222) - Le département des soins infirmiers exigera une note du spécialiste autorisant l'étudiant à aller en stage. ☐ TCT NON REQUIS		
COVID-19	Fortement recommandé		Date: ____/____/____ nom de vaccin _____		
Grippe (« influenza »)	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