

# COLLÈGE BORÉAL

éducation • innovation • recherche

Il est essentiel de communiquer oralement et par écrit en français et en anglais lors des stages cliniques.	<b>Certificat de secourisme général</b>	<b>Certificat de RCR</b>	<b>Immunisations (veuillez consulter la fiche aux pages suivantes)</b>	<b>SIMDUT (WHMIS)</b>	<b>Extrait du casier judiciaire</b>	<b>Dossier médical (preuve écrite)</b>	<b>Période d'observation ou de travail pratique</b>
<b>Assistant de l'ergothérapeute et assistant du physiothérapeute</b>	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)	Avant le 1 juillet	Avant la rentrée

Pour les cours de secourisme et RCR, veuillez consulter la section de la Formation continue, au site Web, à l'adresse suivante:

<http://www.collegeboreal.ca/programmes-cours/formation-continue/>

S'il vous plaît, remettre tous les documents demandés ci-dessous au Bureau du Registrariat:

**registrariat@collegeboreal.ca**

La présente trousse comprend :

- **Une lettre de la part du coordonnateur du programme**
- **Un formulaire pour l'orientation clinique**
- **La fiche d'immunisation**

# COLLÈGE BORÉAL

éducation • innovation • recherche

2015

Chère candidate,  
Cher candidat,

Nous sommes heureux de vous informer que vous avez été admis au programme d'Assistant de l'ergothérapeute et assistant du physiothérapeute du Collège Boréal. Ce programme est d'une durée de 2 ans.

Votre admission est provisoire jusqu'à ce que vous ayez rempli toutes les conditions d'admission au programme. Ainsi, nous vous recommandons fortement de faire un stage d'observation bénévole de 30 heures dans un centre d'ergothérapie ou de physiothérapie. Cette période d'observation vous permettra de vous initier à ces domaines et de vous préparer pour le début des cours.

Ce stage d'observation doit être réalisé avant le début des cours en septembre 2015. Vous devrez présenter une preuve de votre participation à un tel stage au moment de l'inscription, en septembre prochain.

Veillez agréer, chère candidate, cher candidat, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Sean Gallagher, PT  
Physiothérapeute  
Coordonnateur / professeur  
Assistant de l'ergothérapie et assistant du physiothérapeute  
Téléphone : (705) 560-6673, poste 4630  
Sans frais : 1-800-361-6673, poste 4630  
Télécopie : (705) 521-6010  
Courriel : [sean.gallagher@collegeboreal.ca](mailto:sean.gallagher@collegeboreal.ca)

## **Assistant de l'ergothérapeute et assistant du physiothérapeute**

### **Orientation clinique**

Nom du candidat ou de la candidate : \_\_\_\_\_

Nom du centre clinique visité : \_\_\_\_\_

Coordonnées du centre clinique : \_\_\_\_\_

Nombre total d'heures de la visite : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du candidat ou de la candidate

\_\_\_\_\_

Signature – coordonnateur / coordonnatrice clinique  
ou personne responsable de la visite d'orientation

## **MISE À JOUR DE LA FICHE D'IMMUNISATION ET DE L'EXAMEN MÉDICAL**

Suivant votre acceptation dans votre programme et **afin d'être accueilli en stage ou en milieu d'exercice** en temps opportun, vous devez répondre à certains critères d'immunisation, conformément aux lois et règlements des divers stages et de l'Ontario.

Veillez remplir les parties **A** (formulaire d'accueil) et **B** (fiche d'immunisation). Veuillez bien retourner les formulaires avec une copie de votre **carnet d'immunisation à jour cet été**, en même temps que vous ferez les arrangements pour le règlement de vos droits de scolarité, **au Registrariat**. Par la suite, le Registrariat s'assurera de faire parvenir les formulaires nécessaires à la coordonnatrice ou le coordonnateur du programme concerné.

***Veillez garder en lieu sûr une photocopie des documents que vous faites parvenir au Collège.***

Notez qu'il pourrait y avoir des coûts à payer pour certains vaccins et parfois pour les tests de tuberculose, les examens physiques ou l'aide à remplir les formulaires. Certains vaccins pourraient être payés par certaines assurances de santé privées et certains sont disponibles gratuitement au Service de santé publique de votre région. Le Collège Boréal décline toute responsabilité par rapport aux frais que pourrait occasionner la mise à jour de votre dossier médical.

## PARTIE A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

**Formulaire d'accueil**

DATE : \_\_\_\_\_

**Veillez remplir le formulaire et le remettre au Registrariat**

Prénom :	Nom de famille :	Sexe : _____ m _____ f	Date de naissance : _____/_____/_____ jour mois année
<b>Information sur votre carte d'assurance maladie - Carte santé (ON), Carte soleil (QUE), Medicare (NB) ou autre</b>	Nom au complet tel qu'inscrit sur votre carte :		Province du régime :
	Numéro de carte santé :	Code de version (lettre ou numéro à la fin)	Date d'expiration, s'il y a lieu :
	<u>Si vous n'avez pas</u> de carte provinciale :		
	Nom de la compagnie d'assurance privée : _____		
Numéro de la police d'assurance privée : _____			
<b>Adresse durant vos études</b> <i>Même que mon adresse permanente :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rue		
	Ville	Province / pays	Code postal
	Numéro de téléphone		
Courrier électronique :			
<b>Adresse permanente</b> <i>Je retourne à cette adresse après mes études :</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rue		
	Ville	Province / pays	Code postal
	Numéro de téléphone		
Courrier électronique :			
En cas d'urgence, prévenir	Lien de parenté	Adresse / ville	Numéro de téléphone
En cas d'urgence, prévenir	Lien de parenté	Adresse / ville	Numéro de téléphone
Médecin de famille	Adresse / Ville		Numéro de téléphone
Allergies			
Campus d'études	Programme d'études		Année d'études (1re, 2e ou 3e année)

## PARTIE B - FICHE D'IMMUNISATION - INSTRUCTIONS

Il est fortement recommandé de faire la mise à jour de vos vaccins et tests **CET ÉTÉ AVANT LA RENTRÉE** afin de vous assurer de répondre à toutes les exigences avant le début de vos stages. La non-conformité aux exigences pourrait empêcher votre acceptation en stage ou en milieu d'exercice. Si vous avez des contre-indications pour certains vaccins, veuillez soumettre une note d'exemption de votre praticien ou praticienne de la santé.

### Afin de faire les mises à jour de vos vaccins et tests et de remplir ce formulaire, vous pourriez :

- Vérifier votre carnet d'immunisation à domicile
- Demander au Service de santé publique de votre région de vous envoyer une copie de votre carnet
- Consulter votre praticien ou praticienne de la santé (p.ex., médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien)
- Vous présenter à une clinique d'immunisation offerte par le Service de santé publique de votre région où certains services sont gratuits tels que les tests de tuberculose et les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la rougeole, les oreillons, la rubéole et dans certains cas, selon les critères du ministère de la Santé et des soins de longue durée, les vaccins contre la méningite et l'hépatite B.

### Afin de remplir le formulaire « Fiche d'immunisation » que vous trouverez à la page suivante :

- Faites un survol du tableau ci-dessous et du formulaire « Fiche d'immunisation ».
- Dans le tableau ci-dessous, notez les sections (1 à 8) de la « Fiche d'immunisation » à remplir qui correspondent à votre programme d'études et notez quels immunisations et tests de sang sont **obligatoires, recommandés ou facultatifs**.
- Passez maintenant au formulaire « Fiche d'immunisation » à la page suivante.
- Remplissez bien votre nom, date de naissance et programme d'études sur la « Fiche d'immunisation ».
- Lisez les sections qui correspondent à votre programme, faites les mises à jour de vos vaccins et tests et demandez à une professionnelle ou un professionnel de la santé de remplir les sections pertinentes.

Programmes Santé et Services communautaires		Sections de la fiche d'immunisation à remplir			
		Vaccins obligatoires	Tests de sang (titrages) obligatoires	Vaccins fortement recommandés	Vaccins facultatifs
	Assistant de l'ergothérapeute/ Assistant du physiothérapeute	1, 2, 3, 4, 5	4, 5	6, 7	8
	Échographie diagnostique	1, 2, 3, 4, 5	3, 4, 5	6, 7, 8	
	Éducation en services à l'enfance	1, 2, 3, 4, 5	3, 4, 5	6, 7, 8	
	Formation en services funéraires	1, 2, 3, 4, 5, 8	3, 4, 5	6, 7	
	Hygiène dentaire	1, 2, 4, 5, 7	3, 4, 5	3, 6,	8
	Massothérapie	1, 2, 3, 4, 5, 8	3, 4, 5	6, 7,	
	Préposés aux services de soutien personnel	1, 2, 4, 5, 7	3, 4, 5	3, 6, 8	
	Sciences infirmières	1, 2, 3, 4, 5, 7	3, 4, 5	6, 8	
	Soins paramédicaux	1, 2, 3, 4, 5, 7	3, 4, 5	6, 8	
	Soins dentaires niveaux 1 et II	1, 2, 4, 5	3, 4, 5	3, 6, 7	8
	Soins infirmiers auxiliaires	1, 2, 3, 4, 5, 7	3, 4, 5	6, 8	
	Techniques d'éducation spécialisée	1, 2, 4, 5	4, 5	3, 6, 7	8
	Techniques des services correctionnels	1, 2, 3, 4	3, 4, 5	5, 6, 7, 8	
	Techniques des services policiers			2, 3, 4, 6, 7	1, 5, 8
	Technique de travail social	1, 2, 4	3, 4, 5	3, 5, 6, 7, 8	
	Techniques pharmaceutiques	1, 2, 3, 4, 5, 7	4, 5	6	8
	Technologie en radiation médicale	1, 2, 3, 4, 5	3, 4, 5	6, 7, 8	
	Techniques de soins vétérinaires	2, 3, 4, rage			

#### Notes :

**Section 4, ROR, titrages :** Titrage exigé seulement pour chacune des maladies de rougeole, rubéole et oreillons où il y a eu moins de 2 vaccins.

**Section 5, Varicelle, titrages et vaccins :** Un antécédent documenté de maladie de la varicelle plutôt qu'un titrage est acceptable. S'il n'y a aucun antécédent de maladie, le titrage est obligatoire. Si le titrage est négatif, le vaccin est obligatoire pour les programmes indiqués.

**Section 7, Grippe :** Si le vaccin obligatoire contre la grippe est refusé, l'organisme pourrait refuser accès au stage.

## PARTIE B - FICHE D'IMMUNISATION

Voir la version anglaise sur la prochaine page – See the next page for English version

NOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

PROGRAMME D'ÉTUDE : \_\_\_\_\_

Veuillez inscrire une date aux endroits marqués d'un astérisque et cochez la ou les cases qui s'appliquent. *Veillez aussi joindre une copie de votre carnet d'immunisation à jour. Veillez garder une photocopie des documents que vous faites parvenir au Collège.***SECTION 1 – TEST DE TUBERCULOSE À 2 ÉTAPES :** *La 2<sup>e</sup> étape est administrée de 1 à 4 semaines après la 1<sup>re</sup> étape. Notez que le test à deux étapes est seulement requis une fois pendant la vie, donc, si vous avez déjà subi un test à deux étapes, il suffit de faire un test à une étape seulement. Veillez inscrire les dates et les résultats de chacun des tests.*

Test à 2 étapes \* n° 1 : date : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_\_\_ mm pos / nég

\* n° 2 : date : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_\_\_ mm pos / nég

Test à 1 étape : \* date : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_\_\_ mm pos / nég

Suivi d'un test positif : Radiographie pulmonaire : date : \_\_\_\_\_ résultat : \_\_\_\_\_

Traitement antituberculeux, s'il y a eu lieu :

**SECTION 2 – DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, POLIO :** *Série primaire suivie du tétanos et la diphtérie à tous les 10 ans.*

	Diphtérie	Coqueluche	Tétanos	Précisez : Polio IPV ou Polio oral (Sabin)	
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ou <input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**SECTION 3 – HÉPATITE B :** *Série de 2 ou de 3 injections (dépendant de l'âge de l'administration des vaccins) et un test de sang pour déterminer le niveau d'immunité (titrage). Si le titrage est négatif, un ou plusieurs vaccins / titrages devraient être répétés.*Date vaccin n° 1 : \*  Date vaccin n° 4 :Date vaccin n° 2 : \*  Date vaccin n° 5 :Date vaccin n° 3 : \*  Date vaccin n° 6 :Date/résultat titrage : \*  pos (protégé) /  nég (susceptible) Date / résultat titrage :  pos /  nég**SECTION 4 – ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE (ROR) :** 2 vaccins de ROR ou titrages.

	Rougeole	Oreillons	Rubéole
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date : *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date :			
Date/résultat titrage : *	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> nég

**SECTION 5 – VARICELLE (picote) :** *Test de sang pour déterminer le niveau d'immunité (titrage) si absence d'antécédent documenté de maladie ou d'immunisation.*Antécédent de maladie :  oui /  non; sinon, date/résultat du titrage : \*  pos /  négSi titrage nég : date du 1<sup>er</sup> vaccin : \* date du 2<sup>e</sup> vaccin : \***SECTION 6 – MÉNINGITE :** *Aucun rappel ou rappel à tous les 5 ans selon le type du vaccin.*

Date : \* Nom du vaccin :

**SECTION 7 – GRIPPE** ou une lettre de refus ou une lettre indiquant que ce vaccin est contre-indiqué pour vous.

Date : \* Nom du vaccin :

**SECTION 8 – HÉPATITE A :** *Disponible seul (2 injections) ou avec l'hépatite B (3 injections) sous le nom « Twinrix ».*

Nom du vaccin : Date : \*

Nom du vaccin : Date : \*

Nom du vaccin : Date (3<sup>e</sup> injection seulement pour le Twinrix) : \*

Professionnel ou professionnelle de la santé Signature : Titre : Date :

Nom :

## PARTIE B – IMMUNIZATION RECORD

Voir la version française sur la page précédente – See the previous page for French version

NAME: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

ACADEMIC PROGRAM: \_\_\_\_\_

Please insert relevant dates beside each asterisk and check the appropriate boxes. *Please attach a copy of your up-to-date immunization record.**Please keep a copy of the documents you forward to the College.***SECTION 1 – 2-STEP TUBERCULIN TEST:** *Step 2 is administered 1 to 4 weeks after step 1. Note that 2-step testing is only required once in a lifetime; therefore, if you have already had a 2-step test, you now only need a 1-step. Please write the date and result of each of the tests.*

2-step test : \* n° 1 : date : \_\_\_\_\_ result: \_\_\_\_\_ mm pos / neg

\* n° 2 : date : \_\_\_\_\_ result: \_\_\_\_\_ mm pos / neg

1-step test: \* date : \_\_\_\_\_ result: \_\_\_\_\_ mm pos / neg

**Follow-up of positive test:** Chest x-ray : date : \_\_\_\_\_ result \_\_\_\_\_

TB treatment, if relevant : \_\_\_\_\_

**SECTION 2 – DIPHTHERIA, WHOOPING COUGH, TETANUS, POLIO:** *Primary series followed by tetanus/diphtheria every 10 years.**The polio vaccine is recommended every 10 years for the Formation en services funéraires program.*

	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	IPV Polio or Oral Polio (Sabin)
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 3 – HEPATITIS B:** *Series of 2 or 3 injections (depending on age of administration of the vaccines) and a blood test to determine level of immunity (titre). If titre is negative, one or several vaccines and titres should be repeated.*Date vaccine n° 1: \*  Date vaccine n° 4: \_\_\_\_\_Date vaccine n° 2: \*  Date vaccine n° 5: \_\_\_\_\_Date vaccine n° 3: \*  Date vaccine n° 6: \_\_\_\_\_Date/titre: \*  pos (protected) /  neg (susceptible) Date/titre: \_\_\_\_\_  pos /  neg**SECTION 4 – MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR):** *2 MMR vaccines or titres.*

	Measles	Mumps	Rubella
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date: *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date:			
Date/titre: *	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg

**SECTION 5 – VARICELLA (chicken pox):** *Blood test to determine level of immunity (titre) in the absence of documented history of illness or immunization.*History of chicken pox:  yes /  no; if no, date/titre result: \* \_\_\_\_\_  pos /  negIf titre is negative, date of 1st vaccine: \* \_\_\_\_\_ date of 2<sup>nd</sup> vaccine: \* \_\_\_\_\_**SECTION 6 – MENINGITIS:** *No booster or booster every 5 years depending on type of vaccine.*

Date : \* \_\_\_\_\_ Name of vaccine: \_\_\_\_\_

**SECTION 7 – FLU** or a refusal letter or a letter indicating the vaccine is contraindicated.

Date : \* \_\_\_\_\_ Name of vaccine: \_\_\_\_\_

**SECTION 8 – HEPATITIS A:** *Available alone (2 injections) or with hepatitis B as « Twinrix » (3 injections).*

Name of vaccine: \_\_\_\_\_ Date: \* \_\_\_\_\_

Name of vaccine: \_\_\_\_\_ Date: \* \_\_\_\_\_

Name of vaccine: \_\_\_\_\_ Date (3<sup>re</sup> injection only if Twinrix): \* \_\_\_\_\_

<b>Health professional Name::</b>	<b>Signature:</b>	<b>Title:</b>	<b>Date:</b>
-----------------------------------	-------------------	---------------	--------------