

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

Destinée SEULEMENT aux étudiants et étudiantes des programmes suivants

Programmes Santé et Services communautaires	
Assistant de l'ergothérapeute et Assistant du physiothérapeute	Soins paramédicaux
Échographie diagnostique	Soins infirmiers auxiliaires
Éducation en services à l'enfance	Techniques d'éducation spécialisée
Directeur de funérailles – Classe 1 (avec permis d'embaumeur) DF1	Techniques de soins vétérinaires
Directeur de funérailles – Classe 2 (sans permis d'embaumeur) DF2	Techniques des services policiers
Hygiène dentaire	Technique de travail social
Massothérapie	Technologie en radiation médicale
Préposés aux services de soutien personnel	Promotion de l'activité physique et de la santé

Ce document est composé de trois parties:

- **Partie A - Renseignements personnels** : pour tous les programmes énumérés ci-dessus
- **Partie B - Fiche d'immunisation** : pour tous les programmes énumérés ci-dessus
- **Partie C - Certificat médical** : seulement pour les programmes Soins ambulanciers paramédicaux et Éducation en services à l'enfance.

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. De plus, un certificat médical dûment rempli par votre médecin ou infirmier praticien / infirmière praticienne est requis pour les programmes **Soins ambulanciers paramédicaux et Éducation en services à l'enfance**.

Veillez remplir les parties **A** (formulaire d'accueil), **B** (fiche d'immunisation) et, si nécessaire, la partie **C** (certificat médical) de ce document. Veillez 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 et la copie de votre carnet d'immunisation au Service de santé au Collège Boréal. **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 ce formulaire.

Si vous avez des questions au sujet de ce document, veuillez communiquer avec le **Service de santé du Collège Boréal au (705) 521-6003**.

PARTIE A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

FORMULAIRE D'ACCUEIL
SERVICE DE SANTÉ

DATE : _____

Veuillez remplir le formulaire et le remettre à l'accueil

Prénom:	Nom de famille :	Sexe : ____M ____F	Date de naissance : ____ / ____ / ____ jour mois année
Information sur votre carte d'assurance maladie - Carte santé (ON), Carte soleil (QUE) ou Medicare (NB) ou autre	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 :
	<i>Si vous n'avez pas</i> de carte provinciale :		
	Nom de la compagnie d'assurance privée : _____ Numéro de la police d'assurance privée : _____		
Adresse durant vos études Même que mon adresse permanente : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rue		
	Ville Province / pays	Code postal	Numéro de téléphone
	Courrier électronique :		
Adresse permanente Je retourne à cette adresse après mes études : <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** ou selon les exigences du programme 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 la mise 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 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 9) de la «Fiche d'immunisation» à remplir qui correspondent à votre programme d'études et notez quelles 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 la mise 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, 2.1, 2.2, 3, 4, 5,7	3, 4 et 5	6, 7	
Échographie diagnostique	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5	3, 4, 5	6, 7, 8	
Éducation en services à l'enfance	1, 2, 4, 5	4, 5	3, 6, 7, 8	
Directeur de funérailles – Classe 1 (avec permis d'embaumeur) DF1	1, 2, 3, 4, 5, 8	3, 4, 5	6, 7	
Directeur de funérailles – Classe 2 (sans permis d'embaumeur) DF2	1, 2, 3, 4, 5, 8	3, 4, 5	6, 7	
Hygiène dentaire	1, 2, 3, 4, 5,7	3, 4, 5	6	8
Massothérapie	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5	3, 4, 5	6, 7,	
Préposés aux services de soutien personnel	1, 2, 4, 5, 7	3, 4, 5	6, 8	
Soins paramédicaux	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5, 7	3, 4, 5	6, 8	
Soins infirmiers auxiliaires	1, 2, 2.1, 2.2, 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 policiers			2, 3, 4, 6, 7	1, 5, 8
Technique de travail social	1, 2, 4	3, 4	5, 6, 7, 8	
Technologie en radiation médicale	1, 2, 2.1, 2.2, 3, 4, 5	3, 4, 5	6, 7, 8	
Techniques de soins vétérinaires	2, 3, 4, 9			

Notez :

Section 4, RRO, 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 au verso pour la version anglaise - See overleaf for English version

NOM : _____ **Date de naissance :** _____

PROGRAMME D'ÉTUDE : _____

Veillez 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^e étape est administrée de 1 à 4 semaines après la 1^{re} étape. Notez que le test à deux étapes est seulement requis au début du programme, donc il suffit de faire un test à une étape durant les années subséquentes du programme. 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 annuelle: date : _____ résultat : _____

Traitement antituberculeux, s'il y a eu lieu :

SECTION 2 – DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, POLIO, (Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio – DPTP en anglais):

Le vaccin contre la **polio** est recommandé tous **les 10 ans** pour le programme Formation en services funéraires.

	Diphthérie	Coqueluche	Tétanos	Précisez : Polio IPV ou Polio oral (Sabin)
Date : *				ou
Date : *				ou
Date : *				ou
Date : *				ou

SECTION 2.1 – Tdap (TÉTANOS, DIPHTÉRIE ET COQUELUCHE ACELLULAIRE) dosage d'adulte après l'âge de 18 ans Date : *

SECTION 2.2 – Td (TÉTANOS, DIPHTÉRIE) Suivie du tétanos et de la diphtérie à tous les 10 ans après le Tdap Date : *

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. (**titrage obligatoire pour TRM**)

	Rougeole	Oreillons	Rubéole
Date : *			
Date : *			
Date :			
Date/résultat titrage : *	pos / †nég	†pos / nég	†pos / 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. Pour le programme Soins infirmiers auxiliaires (SIAX) **et le programme Technologie en radiation médicale, le titrage est obligatoire.**

Date de la prise de sang : _____ Résultat du titrage : pos / nég

Si titrage nég : date du 1^{er} vaccin : * Date du 2^e 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^e injection seulement pour le Twinrix) : *

SECTION 9 – RAGE : Série de 3 injections (jour 0 = première injection, jour 7 = deuxième injection et jour 21 = troisième injection)

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

COLLÈGE BORÉAL—SOINS AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX RAPPORT SUR LES MALADIES INFECTIEUSES

Il faut remplir ce formulaire afin de se conformer au Règlement de l'Ontario 257/00 pris en application de la *Loi sur les ambulances*, qui stipule que « les étudiants qui manifestent une maladie symptomatique aiguë qui peut être d'origine infectieuse, ne devraient pas participer à l'évaluation ou à la prestation directe des soins à un patient » (traduction libre), tel que l'indique le Tableau 1 du document intitulé *Ambulance Service Communicable Disease Standards*, publié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Direction des services de santé d'urgence, avril 2000.

VOTRE PRATICIEN OU PRACTICIENNE DE SANTÉ* DOIT REMPLIR CETTE SECTION:

Par la présente, j'atteste que _____, date de naissance : _____ est libre de toutes maladies infectieuses aux termes du Règlement de l'Ontario 257/00, tel que modifié, et de tous règlements et normes connexes.

Voici des exemples de maladies en Ontario, qui, lorsqu'elles sont aiguës, devraient empêcher une technicienne ou un technicien de soins ambulanciers ou une ambulancière paramédicale ou un ambulancier paramédical de participer directement à l'évaluation ou à la prestation des soins à un patient :

Syndrôme d'immunodéficience acquise (SIDA)	Fièvres virales hémorragiques, y compris la	Peste
Amibiase	maladie à virus d'Ebola, la maladie à virus de	Poliomyélite (aiguë)
Anthrax	Marbourg et d'autres causes virales	Psittacose/ornithose
Botulisme	Hépatite virale de type A, B, C	Fièvre Q (coxiellose)
Entérite à <i>Campylobacter</i>	Grippe	Rage
Varicelle	Fièvre de Lassa	Rubéole
Choléra	Légionellose	Embryopathie rubéoleuse
Infection à cytomégalovirus (congénitale)	Lèpre	Salmonellose
Diphthérie	Listériose	Dysenterie bacillaire (shigellose)
Encéphalite (primaire virale)	Malaria	Tuberculose
Gastro-entérite	Rougeole	Tularémie
Giardiase	Méningite virale	Fièvre typhoïde
Maladie streptococcique de groupe A (invasive)	Méningite méningococcique	Infections à l'E. coli produisant des vérotoxines
Maladie à <i>hemophilus influenzae</i> B (invasive)	Oreillons	Fièvre jaune
Conjonctivite gonococcique du nouveau-né	Fièvre parathyroïdienne	Yersiniose
	Coqueluche	

Explication (en cas d'infection):

Signature du (de la) praticien(ne) de santé* : _____ Date: _____

Nom du (de la) praticien(ne) de santé* : _____

Tél. _____

* médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien

**COLLÈGE BORÉAL—SOINS AMBULANCIERS PARAMÉDICAUX
COMMUNICABLE DISEASE REPORT**

Completion of this form is required to comply with Ontario Regulation 257/00 of the *Ambulance Act*, which states "students who are exhibiting an acute symptomatic illness that may be infectious in origin, should not be involved in the assessment of or direct delivery of care to a patient", as set out in Table 1 to the document entitled "Ambulance Service Communicable Disease Standards", published by the Ministry of Health and Long Term Care, Emergency Health Services Branch, April 2000.

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY YOUR DOCTOR OR NURSE PRACTITIONER:

This is to certify that _____, date of birth: _____, is free from all communicable diseases within the meaning of Ontario Regulation 257/00, as amended, and any related regulations and standards.

Examples of diseases in Ontario, which, when in an acute symptomatic state, should preclude an EMA or Paramedic from participating in the direct assessment of or provision of patient care include:

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
 Amebiasis
 Anthrax
 Botulism
 Campylobacter Enteritis
 Chicken Pox (varicella)
 Cholera
 Cytomegalovirus Infection (congenital)
 Diphtheria
 Encephalitis (primary viral)
 Gastroenteritis/Enteritis
 Giardiasis
 Group A Streptococcal disease (invasive)
 Haemophilus Influenza B disease (invasive)
 Ophthalmia Neonatorum

Hemorrhagic Fevers including : Ebola virus disease, Marburg virus disease, and other viral causes
 Viral Hepatitis, A, B, C
 Influenza
 Lassa Fever
 Legionellosis
 Leprosy
 Listeriosis
 Malaria
 Measles
 Viral Meningitis
 Meningococcal Meningitis
 Mumps
 Parathyroid Fever
 Pertussis (whooping cough)

Plague
 Poliomyelitis (acute)
 Psittacosis/ornithosis
 Q Fever
 Rabies
 Rubella
 Rubella (congenital syndrome)
 Salmonellosis
 Shigellosis
 Tuberculosis
 Tularemia
 Typhoid Fever
 Verotoxin—producing E. Coli infections
 Yellow Fever
 Yersiniosis

Explanation (if infected):

Doctor or Nurse Practitioner Signature: _____

Date: _____

Doctor or Nurse Practitioner Name: _____

Tel. # _____

** family physician, or nurse practitioner*

**CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE PROGRAMME
ÉDUCATION EN SERVICES À L'ENFANCE
anciennement Garde éducative à l'enfance**

Tel que stipulé dans la Loi sur les garderies, « L'exploitant d'une garderie veille à ce que, avant d'entrer en fonctions, chaque personne employée dans cette garderie subisse un examen médical et soit immunisée, selon les recommandations du médecin-hygiéniste local. » Dans le but de préparer nos apprenantes et apprenants à travailler, en tant que bénévoles ou en tant qu'employés dans une garderie, le Collège Boréal exige une preuve d'examen médical et d'immunisation à jour. Cette preuve doit être présentée à la direction de garderie avant que l'apprenante ou l'apprenant puisse débiter son stage.

Prénom :		Nom :		Sexe : ____ M ____ F		Date de naissance ____ / ____ / ____ jour mois année	
Adresse	Rue :						
Ville :		Province :		Code postal :		Téléphone :	

J'atteste que _____ est en bonne santé pour travailler auprès des enfants en service de garde.

Commentaires : _____

Médecin de famille, infirmière praticienne ou infirmier praticien :

Signature : _____ Date: _____

Nom : _____ Ville: _____ Tél. _____

**MEDICAL CERTIFICATE FOR THE
EARLY CHILDHOOD EDUCATION PROGRAM**

Completion of this form is required to comply with the Day Nurseries Act, 1990: "Every operator of a day nursery shall ensure that, before commencing employment, each person employed in each day nursery operated by the operator has a health assessment and immunization as recommended by the local medical officer of health." In order to prepare our learners to work as volunteers or employees in the Early Childhood Education field, Collège Boréal requires the completion of a medical certificate of health and up to date immunizations. These documents must be presented prior to placement to the management of the Early Childhood Education facility.

Surname:		First name :	Sex : ____ M ____ F	Date of birth ____ / ____ / ____ day month year
Address	Street:			
City :	Province :	Postal code:	Telephone:	

I hereby certify that _____ is in good health and is fit to care for children in an Early Childhood Education setting.

Comments: _____

Doctor or Nurse Practitioner:

Signature: _____ Date: _____

Name: _____ City: _____ Phone: _____