

S'il vous plaît consulter le lien <http://www.collegeboreal.ca/services-etudiants/registrariat/formulaire/> afin d'imprimer les formulaires pour les exigences particulières.

	Certificat de secourisme général	Certificat de RCR	Immunisations (Veuillez consulter la fiche aux pages suivantes)	SIMDUT (WHMIS)	Extrait du casier judiciaire	Cours TRM1009- Soins du patient en radiologie ou l'équivalent	Dossier médical (preuve écrite)	Examen médical	Capacité de soulever des poids considérables
Il est essentiel de communiquer oralement et par écrit en français et en anglais lors des stages cliniques.									
Assistant en pharmacie - vente au détail	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage		Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				
Échographie diagnostique	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)	*Voir note ci-dessous			
Éducation en services à l'enfance **La formation Anaphylaxie du Canada doit être suivi avant le 15 octobre.	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)		Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre	
Hygiène dentaire	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre						
Massothérapie **Le certificat de RCR doit être le niveau «HCP - health care practitioner» et doit être renouvelé à tous les ans, le casier judiciaire doit aussi être remis à tous les ans (étapes 2 et 3 avant le début des cliniques)	Avant le 15 octobre	**Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre		**Avant le 15 octobre (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				
Préposé aux services de soutien personnel	1 mois avant le stage	1 mois avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				Avant le stage
Promotion de l'activité physique	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage		Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				
Soins dentaires		Avant le 15 octobre	Avant le 15 octobre						
Soins infirmiers auxiliaires	Avant la rentrée	Avant la rentrée	Avant la rentrée	Avant la rentrée	Avant la rentrée (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				Avant le 1 août
Techniques d'éducation spécialisée	Avant le 1er décembre	Avant le 1er décembre	Avant le stage		Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				
Techniques de travail social	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				
Techniques de soins vétérinaires	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant décembre	Avant la rentrée				
Techniques pharmaceutiques	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				
Technologie en radiation médicale	Avant le stage	Avant le stage	Avant le stage		Avant le stage (incluant la vérification pour le secteur vulnérable)				

Pour les cours de secourisme et RCR, veuillez consulter la section de l'Éducation permanente, 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

NOTE : Ce cours est offert à la première étape du programme de Technologie en radiation médicale. Les étudiants en Échographie diagnostique peuvent s'y inscrire; des frais d'inscriptions supplémentaires s'appliquent. On peut également faire une demande de reconnaissance des acquis afin d'obtenir une équivalence de crédit.

**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 dentaires niveaux I et II
Échographie diagnostique	Soins infirmiers auxiliaires
Éducation en services à l'enfance	Techniques d'éducation spécialisée
Formation en services funéraires	Techniques des services correctionnels
Hygiène dentaire	Techniques des services policiers
Massothérapie	Technique de travail social
Préposés aux services de soutien personnel	Techniques pharmaceutiques
Sciences infirmières	Technologie en radiation médicale
Soins paramédicaux	Techniques de soins vétérinaires

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 : _____

Veillez 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 <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 :		
Adresse permanente <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 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 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 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, 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, 9			

Notes :

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.

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 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"/>		

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 RRO 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; si non, date/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 : _____

PARTIE B – IMMUNIZATION RECORD

Voir au verso pour la version française – See overleaf 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: *	<input type="checkbox"/>	Date vaccine n° 4 :
Date vaccine n° 2: *	<input type="checkbox"/>	Date vaccine n° 5 :
Date vaccine n° 3: *	<input type="checkbox"/>	Date vaccine n° 6 :
Date/titre: *	<input type="checkbox"/> pos (protected) / <input type="checkbox"/> neg (susceptible)	Date/titre: <input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> yes / <input type="checkbox"/> no; if no, date/titre result: *	<input type="checkbox"/> pos / <input type="checkbox"/> neg
If titre is negative, date of 1st vaccine: *	date of 2 nd 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 ^{re} injection only if Twinrix): *

SECTION 9 – RABIES : *Series of 3 injections (day 0 = first injection, day 7 = second injection and day 21 = third injection)*

Health professional Name::	Signature:	Title:	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 :

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

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:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) | <input type="checkbox"/> Hemorrhagic fevers including Ebola virus disease, Marburg virus disease, and other viral causes | <input type="checkbox"/> Plague |
| <input type="checkbox"/> Amebiasis | <input type="checkbox"/> Viral Hepatitis, A, B, C | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (acute) |
| <input type="checkbox"/> Anthrax | <input type="checkbox"/> Influenza | <input type="checkbox"/> Psittacosis/ornithosis |
| <input type="checkbox"/> Botulism | <input type="checkbox"/> Lassa Fever | <input type="checkbox"/> Q Fever |
| <input type="checkbox"/> Campylobacter enteritis | <input type="checkbox"/> Legionellosis | <input type="checkbox"/> Rabies |
| <input type="checkbox"/> Chicken pox (varicella) | <input type="checkbox"/> Leprosy | <input type="checkbox"/> Rubella |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Listeriosis | <input type="checkbox"/> Rubella (congenital syndrome) |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalovirus infection (congenital) | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Salmonellosis |
| <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Shigellosis |
| <input type="checkbox"/> Encephalitis (primary viral) | <input type="checkbox"/> Viral meningitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Gastrointenteritis/enteritis | <input type="checkbox"/> Meningococcal meningitis | <input type="checkbox"/> Tularemia |
| <input type="checkbox"/> Giardiasis | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Typhoid fever |
| <input type="checkbox"/> Group A streptococcal disease (invasive) | <input type="checkbox"/> Ophthalmia neonatorum | <input type="checkbox"/> Verotoxin-producing E. coli infections |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae B disease (invasive) | <input type="checkbox"/> Parathyroid fever | <input type="checkbox"/> Yellow fever |
| | <input type="checkbox"/> Pertussis (whooping cough) | <input type="checkbox"/> Yersiniosis |

Explanation (if infected):

Doctor or Nurse Practitioner Signature: _____

Date: _____

Doctor or Nurse Practitioner Name: _____

Tel. # _____

**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 :	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. _____

PART C - MEDICAL CERTIFICATE

Voir au verso pour la version française - See overleaf for French version

**Medical certificate for the
Éducation en services à l'enfance program
(formerly Garde éducative à l'enfance)**

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:	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: _____