Santé et Services sociaux Québec

Attestation de conformité de l'immunisation du stagiaire avec les recommandations de santé publique

Nom : _____ Date de naissance : _____-_____-_____
Année Mois Jour

Programme : _____ Matricule : _____

Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Influenza			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Hépatite B			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Méningocoque			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Autres vaccins			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Autres produits			
Nom du vaccin	Année	Mois	Jour

Sérologies (ex. : anti-HBs, varicelle) ou tests (ex. : TCT)				
Type	Résultat	Année	Mois	Jour

Antécédents de maladies évitables par la vaccination (date du début de la maladie)			
Maladie	Année	Mois	Jour
Varicelle			

J'atteste que l'étudiant ci-dessus mentionné a amorcé sa vaccination et peut intégrer ses stages. ❑

_____ _____ _____
Signature du professionnel Date CISSS-CIUSSS

J'atteste que l'étudiant ci-dessus satisfait aux recommandations de santé publique pour l'immunisation des stagiaires. ❑

_____ _____ _____
Signature du professionnel Date CISSS-CIUSSS

© Gouvernement du Québec, 2011