

FORMULAIRE DE VACCINATION - BÉNÉVOLES HME VACCINATION FORM - VOLUNTEERS MCH

DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ / TO BE COMPLETED BY A HEALTHCARE PROFESSIONAL

NOM DU BÉNÉVOLE / NAME OF VOLUNTEER:

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH:

Comme bénévole, vous pouvez être exposé à des patients atteints de maladies infectieuses. Si vous contractez une maladie infectieuse et venez faire du bénévolat, vous pouvez également exposer les patients vulnérables et être un risque pour l'hôpital.

Il est donc obligatoire de fournir la preuve que vous êtes immunisé pour les maladies suivantes : **la coqueluche, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle**. Votre livret de vaccination indiquant les doses reçues pour ces maladies sera vérifié.

Si vous n'avez aucune documentation, vous pouvez contacter votre CLSC local (www.vaccins411.ca) ou votre médecin de famille pour compléter et documenter le tout dans un livret de vaccination.

Les tests sanguins (sérologie) peuvent être faits pour démontrer l'immunité à la rubéole et à la varicelle.

La mise à jour de vaccins contre la diphtérie/tétanos est recommandée pour votre propre protection.

Tous les coûts reliés à ces prérequis sont la responsabilité du candidat/bénévole.

As a volunteer, you may be exposed to patients with infectious diseases. If you contract an infectious disease and come to volunteer, you may also expose the vulnerable patients to it and be a risk for the hospital.

Consequently, it is mandatory to provide evidence of immunity for the following vaccine-preventable diseases: **pertussis, measles, mumps, rubella and varicella**. A copy of your immunization booklet indicating required doses for these diseases will be requested.

If you have no documentation, you may contact your local CLSC (www.vaccines411.ca) or your family doctor to have this done and documented in a vaccine booklet. Blood testing can be done (serology) to demonstrate immunity to rubella and varicella. Updating vaccines for diphtheria/tetanus is recommended for your own protection.

Any costs for these requirements are the responsibility of the applicant/volunteer

COQUELUCHE / PERTUSSIS			
Une dose du vaccin est requise / One dose is required (dTap, Adacel, Boostrix)	Vaccin reçu le / Vaccin received on :	_____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)	
TÉTANOS ET DIPHTÉRIE/ TETANUS AND DIPHTHERIA			
Une dose du vaccin est requise à 14 ans / One dose is required at 14 years old	+50 ans - Une dose de rappel est requise / 50 years + - a booster dose is required	1 ^{ère} dose _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)	2 ^e dose / 2 nd dose <i>Si applicable / if applicable</i> _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)

ROUGEOLE, RUBÉOLE, OREILLONS / MEASLES, MUMPS, RUBELLA

Les personnes nées avant 1970 sont considérées immunisées contre la rougeole et les oreillons <u>mais pas la rubéole.</u> Individuals born before 1970 are considered immune to measles and mumps <u>but not rubella.</u>	<u>Individus nés avant 1970 / Individuals born before 1970:</u> Preuve écrite que vous êtes immunisés contre la rubéole Date / Documented proof that you are immune to rubella is required: • Sérologie ou preuve de vaccination de la rubéole. / Serology or vaccination proof for rubella • Si la sérologie est négative - 1 dose de RRO est obligatoire / If serology is negative - 1 dose of MMR is mandatory _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)	<u>Individus nés après 1970 Individuals born after 1970:</u> Preuve écrite est requise pour / Written proof is required for: • 2 doses pour rougeole / for measles • 1 dose pour oreillons / for mumps • 1 dose pour rubéole / for rubella ou serologie pour la rubéole / or serology for rubella Si sérologie est négative - 2 doses de RRO sont obligatoires / If serology is negative - 2 doses of MMR are mandatory Dose 1 _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY) Dose 2 _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)
---	---	---

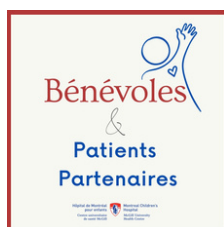
Varicelle / Varicella (Chicken Pox)

Si vous avez été vacciné avant 13 ans - une dose du vaccin (VARIVAX) est requise. If you have been vaccinated before the age of 13 - one dose of the vaccin (VARIVAX) is required. _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)	Si vous avez été vaccinés après 13 ans / If you have been vaccinated after age 13 (VARIVAX) - 2 doses un mois d'écart requises / one month apart required: Dose 1 _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY) Dose 2 _____ Date (JJ/MM/AAAA) Date (DD/MM/YYYY)	Si vous n'avez pas été vacciné / If you have not been vaccinated: Sérologie positive (prise de sang) pour la varicelle est obligatoire / Positive serology (blood test) for varicella (chicken pox) is mandatory
--	---	---

Nom du professionnel de la santé / Health Professional Name: _____

Signature : _____

Numéro de license / License number: _____



Pour toutes questions, écrivez-nous à servicebenevoleshme@muhc.mcgill.ca
For questions, please e-mail us at servicebenevoleshme@muhc.mcgill.ca