

Reviewed by: _____ Staff Signature	Date: _____	Is there an accompanying signed Certificate of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	-------------	---



DOH 348-013
Rév : 10/15/08
French

Certificat d'état d'immunisation (CIS)

Nom de famille de l'enfant : _____	Prénom : _____	Initiale du deuxième prénom : _____	Adresse de l'enfant : _____
Date de naissance de l'enfant : _____	Sexe de l'enfant : _____		
Nom du parent/tuteur : _____			Numéro de téléphone du parent/tuteur pendant la journée : _____

Si vous remplissez ce certificat à la main, notez le type de vaccin à gauche de "Dose" et sur la même ligne, la date d'administration du vaccin dans la colonne "Date". La colonne "Age" est facultative.

◆ Obligatoire pour les écoles et les crèches/jardins d'enfants ● Obligatoire pour les crèches/jardins d'enfants seulement

Type de vaccin	Dose	Date	Age	Type de vaccin	Dose	Date	Age	Type de vaccin	Dose	Date	Age	
◆ Hépatite B (Hép B)				● Pneumococcique (PCV, PPV)				Hépatite A (Hép A)				
	1				1				1			
	2				2				2			
	3				3							
					4			Meningococcique (MCV4, MPSV4)				
Hépatite B (Hép B) Calendrier différent pour les adolescents				◆ Polio (IPV – par injection, OPV – par voie orale)					1			
	1				1			Papillomavirus (HPV)				
	2				2				1			
Rotavirus					3				2			
	1				4				3			
	2			Grippe (dernière en date)				Autre				
	3											
◆ Diphtérie, tétanos, coqueluche (DTaP, DTP, DT)				◆ Rougeole, oreillons, rubéole (MMR)					1			
	1				1							
	2				2			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p align="center">Je certifie que les informations fournies ici sont correctes et vérifiables.</p> <p align="center">Signature du parent ou tuteur _____ Date _____</p> </div>				
	3			◆ Varicelle								
	4				1							
	5				2							
◆ Diphtérie, tétanos, coqueluche (Tdap, Td)				▼ Vérification d'antécédents de varicelle ▼								
	1			<input type="checkbox"/> Vérifié par le prestataire de soins	<input type="checkbox"/> Note signée jointe du prestataire de soins ou			Signature du prestataire de soins licencié (médecin, ostéopathe, naturopathe, adj. au médecin, infirmière praticienne)				
	2			<input type="checkbox"/> signature du prestataire de soins ici : ▶	<input type="checkbox"/> signature du prestataire de soins ici : ▶			Date				
<p>Voir au verso la documentation d'immunité, un guide de référence des noms de marque de vaccins, et une liste des abréviations des vaccins.</p>				<input type="checkbox"/> Vérifié par le prestataire de soins dans le registre ▶	Signature du prestataire de soins non nécessaire si la case à gauche est cochée.	Si le personnel scolaire trouve la vérification dans le registre, il/elle doit alors : ▶		Soit apposer ses initiales avec l'accord du parent ou obtenir la signature du parent ci-dessous :				
								Initiales du personnel indiquant l'accord du parent : _____				
				<input type="checkbox"/> Déclaration du parent ▶	SEULEMENT acceptable pour certaines classes. Noter la date ou l'âge où l'enfant a eu la maladie :			Signature du parent indiquant son accord : _____				

Documentation d'immunité par analyse du sang (titrage)

Je certifie que l'enfant désigné sur ce formulaire présente une immunité prouvée en laboratoire aux maladies suivantes (cochez toutes les cases pertinentes) :

- Diphtérie Hépatite A Hépatite B Hib Rougeole Oreillons Polio Rubéole Tétanos Varicelle
 Autre (veuillez noter) : _____ Rapport(s) du laboratoire joint(s) (obligatoire)

X

taper ou inscrire en lettres d'imprimerie le nom du **prestataire de soins licencié** (médecin, ostéopathe, naturopathe, adjoint au médecin, infirmière praticienne)

X

Signature du **prestataire de soins licencié** (obligatoire)

Date (obligatoire)

Noms de marque* des vaccins

(en ordre alphabétique sur deux colonnes)

Nom de marque	Vaccin	Nom de marque	Vaccin
Acel-Imune	DTaP	Menomune	MPSV4
ActHIB	Hib	OmniHIB	Hib
Adacel	Tdap	Pediarix	DTaP + IPV + Hép B
Boostrix	Tdap	PedvaxHIB	Hib
Certiva	HPV	Pentacel	DTaP + IPV + Hib
Comvax	Hib + Hép B	Pentavalente	DTaP + Hép B + Hib
Daptacel	DTaP	Pneumovax	PPV23
Decavac	Td	Prevnar	PCV ou PCV7
Engerix-B	Hép B	ProHIBit	Hib
Fluarix	Grippe	ProQuad	MMRV
FluMist	Grippe	Quadracel	DTaP + IPV
Fluvirin	Grippe	Recombivax	Hép B
Fluzone	Grippe	Rotarix	Rotavirus
Gardasil	HPV	RotaTeq	Rotavirus
Havrix	Hép A	Tetramune	DTP + Hib
HibTITER	Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
HyperTET	TIG	Tri-Immunol	DTP
HyperHÉP B	HBIG	Tripedia	DTaP
Ipol	IPV	Twinrix	Hép B + Hép A
Infanrix	DTaP	Vaqa	Hép A
Kinrix	DTaP + IPV	Varivax	Varicelle
Menactra	MCV4		

Abréviations* des vaccins

(en ordre alphabétique)

Abréviations	Nom complet du vaccin
DT	Diphtérie, tétanos
DTaP	Diphtérie, tétanos, coqueluche acellulaire
DTP	Diphtérie, tétanos, coqueluche
Flu (TIV ou LAIV)	Influenza (grippe)
HBIG	Immunoglobulines anti-hépatitiques B
Hép A (HAV)	Hépatite A
Hép B (HBV)	Hépatite B
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b
HPV	Papillomavirus
IPV	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
MCV4	Vaccin conjugué méningococcique
MPSV4	Vaccin méningococcique polysaccharidique
MMR	Rougeole, oreillons, rubéole
MMRV	Rougeole, oreillons, rubéole, varicelle
OPV	Vaccin antipoliomyélitique oral
PCV ou PCV7	Vaccin conjugué pneumococcique
PPV23	Vaccin pneumococcique polysaccharidique
Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus
Td	Tétanos, diphtérie
Tdap	Tétanos, diphtérie, coqueluche acellulaire
TIG	Immunoglobuline antitétanique
VAR ou VZV	Varicelle