# JSTOF BIEN-ÊTRE INC.

Formulaire de statut vaccinal et de protection immunitaire

*Candidat(e) — Postes en régions nordiques*

contact@jstof.com
www.jstof.com

*Ce formulaire doit être rempli par le candidat et attesté par un professionnel de la santé habilité (médecin, infirmière, pharmacien). Il est requis pour tout mandat dans une communauté nordique (CHB / CRSSS Baie-James / Nunavik).*

## 1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT

| | |
|---|---|
| **Nom et prénom :** | |
| **Date de naissance :** | |
| **N° d'assurance maladie :** | |
| **Numéro de permis (OIIQ/OIIAQ) :** | |
| **Téléphone :** | |
| **Courriel :** | |
| **Date du formulaire :** | |

## 2. STATUT VACCINAL

*Inscrire les dates au format JJ/MM/AAAA. Pour les titres sérologiques, inscrire le résultat et l'unité. Joindre les preuves de vaccination (carnet, attestation médicale ou résultats de laboratoire).*

| Vaccin / Test | Date dose 1 | Date dose 2 | Titre / Résultat |
|---|---|---|---|
| **Hépatite B** | | | |
| *(3 doses recommandées — titre anti-HBs requis)* | | | |
| **Varicelle** | | | |
| *(2 doses OU titre d'immunité confirmé)* | | | |
| **Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO)** | | | |
| *(2 doses après l'âge de 1 an OU titre sérologique)* | | | |
| **Coqueluche / dTap** | | | |
| *(date de la dernière dose)* | | | |
| **Influenza (grippe saisonnière)** | | | |
| *(saison en cours)* | | | |
| **COVID-19** | | | |
| *(indiquer nombre de doses et dates)* | | | |
| **Tuberculose — TCT / IGRA** | | | |
| *(résultat + date de lecture)* | | | |
| **Autre : _____** | | | |
| | | | |
| **Autre : _____** | | | |
| | | | |
| **Autre : _____** | | | |
| | | | |

## 3. TEST D'APTITUDE AU MASQUE N-95

*Requis pour tous les postes en milieu nordique. Le test doit être effectué par un professionnel qualifié.*

| Test d'aptitude masque N-95 | Date du test | Modèle de masque | Résultat (Réussi / Échec) |
|---|---|---|---|
| Test qualitatif ou quantitatif | | | |

## 4. CONTRE-INDICATIONS / NOTES CLINIQUES

**Allergies connues / contre-indications vaccinales :**

_____

**Autres notes du professionnel de santé :**

_____

_____

_____

_____

## 5. ATTESTATION ET SIGNATURES

*Je soussigné(e) atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et complets.*

| **Signature du candidat** | **Signature du professionnel de santé attestant** |
|---|---|
| Signature : _____ | Signature : _____ |
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| N° de permis : _____ | N° de permis : _____ |
| Date : _____ | Date : _____ |