



Gezondheid en welzijn op het werk (OHW)
IMMUNISATIE RECORD / ADEMHALINGSPASFORMULIER
Leerling/instructeur

ALSJEBLIEFT PRINTEN

Achternaam voornaam: _____

Alternatieve naam: _____ Geboortedatum (DD/MM/JJJJ): _____

STATUS VAN TUBERCULOSE (TB).

Tuberculinetesten: 2 stappen vereist. 2^{de} stap moet 1-4 weken na 1^{ste} worden gegeven. 2^{de} test in de andere arm als 1^{ste} test is minder dan 10 mm verharding.

1 st Stap:	Datum geplant:	Datum gelezen:	Verharding (mm)
2 ^{de} Stap	Datum geplant:	Datum gelezen:	Verharding (mm)

Een 2-stap moet hierboven worden gedocumenteerd. Als er eerder een 2-staps-tbc-onderzoek is uitgevoerd, maar deze meer dan 12 maanden vóór uw startdatum is afgerond, is één aanvullend tbc-onderzoek nodig (1-staps-tbc). Als er in de afgelopen 12 maanden een 1-stap is gedaan, is een 1-stap vereist.

1-stap:	Datum geplant:	Datum gelezen:	Verharding (mm)
1-stap:	Datum geplant:	Datum gelezen:	Verharding (mm)
1-stap:	Datum geplant:	Datum gelezen:	Verharding (mm)

Röntgenfoto van de thorax: Vereist als de leerling een positieve tuberculinehuidtest (TST) heeft of eerder heeft gehad. Gelieve een kopie te verstrekken van het röntgenrapport van de borstkas dat is ingevuld sinds de medische beoordeling van het tuberculinepositieve resultaat.

röntgenfoto:	Datum:	Resultaat:
--------------	--------	------------

LAB-BEVESTIGDE IMMUNITEIT/IMMUNISATIESTATUS

Tetanus/Difterie/Kinkhoest (Tdap)	De vaccinatiestatus is aanbevolen	<input type="checkbox"/> Tdap Datum:
Tetanus/Difterie (Td)	De vaccinatiestatus is aanbevolen	<input type="checkbox"/> Td Datum:
Influenza	De vaccinatiestatus is verplicht	Datum laatste vaccin:

Mazelen	Laboratorium bewijs van immuniteit (titers)	Mazelen: Datum laboratoriumtest:	Resultaat: <input type="checkbox"/> Immunity <input type="checkbox"/> Niet immuun
	OF2 BMR-vaccins	Datum van 1 st MMR:	Datum van 2 ^{de} MMR <input type="checkbox"/> Immunity <input type="checkbox"/> Niet immuun
Bof	Laboratorium bewijs van immuniteit (titers)	Bof: Datum laboratoriumtest:	Resultaat: <input type="checkbox"/> Immunity <input type="checkbox"/> Niet immuun
	OF2 BMR-vaccins gegeven met een tussenpoos van minimaal 4 weken	Datum van 1 st MMR:	Datum van 2 ^{de} MMR <input type="checkbox"/> Immunity <input type="checkbox"/> Niet immuun

Gezondheid en welzijn op het werk (OHW)
IMMUNISATIE RECORD / ADEMHALINGSPASFORMULIER
Leerling/instructeur

Rodehond	Laboratorium bewijs van immuniteit (titers)	Rubella: Datum laboratoriumtest:	Resultaat: <input type="checkbox"/> Immuun <input type="checkbox"/> Niet immuun
	OF1 BMR-vaccin op of na 1 st verjaardag		Datum van MMR: <input type="checkbox"/> Immuun <input type="checkbox"/> Niet immuun
Varicella	Laboratorium bewijs van immuniteit (titers)	Varicella: Datum laboratoriumtest:	Resultaat: <input type="checkbox"/> Immuun <input type="checkbox"/> Niet immuun
	OF Gediagnosticeerde/geverifieerde ziektegeschiedenis (waterpokken of gordelroos)	Geschiedenis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Y oor (indien bekend):
	OF Varicella-vaccin (2 doses vereist)	Datum van 1 st dosis:	Datum van 2 nd dosis: <input type="checkbox"/> Immuun <input type="checkbox"/> Niet immuun
Hepatitis B	Laboratorium bewijs van immuniteit (bij vaccinatie moet de antilichaamtiter worden opgegeven)	Datum laboratoriumtest:	Resultaat: <input type="checkbox"/> Immuun <input type="checkbox"/> Niet immuun
	Vaccinatie is niet verplicht, maar wordt ten zeerste aanbevolen voor degenen die mogelijk zijn blootgesteld aan menselijk bloed en lichaamsvloeistoffen	Vaccin ontvangen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Data indien bekend: Hep #1 _____ Hep #2 _____ Hef #3 _____

Opleiding van werknemers bij het Ministerie van Arbeid (MOL) voltooid. Dit is verplicht en alle leerlingen moeten dit één keer invullen, vóór plaatsing.

<http://www.labour.gov.on.ca/english/hs/training/>

Datum voltooid: _____

Het testen van de pasvorm van het N95-masker is een verplichte vereiste die eens in de twee jaar moet worden uitgevoerd. Controleer voor welke van de volgende ademhalingsstoestellen u geschikt bent (indien van toepassing) en de datum van uw laatste fit-test. Als er geen fittest is gedaan of als deze ouder is dan twee jaar, zal OHW een nieuwe fittest bij u uitvoeren.

3M 1860 normale maat	Datum: _____
3M 1860 kleine maat 3M	Datum: _____
8110 kleine maat 3M	Datum: _____
8210 één maat 3M 9210+	Datum: _____
één maat	Datum: _____

Leerling/Instructeur (gedrukte naam): _____

Hierbij machtig ik mijn behandelende professional (zoals hieronder) om de bovenstaande informatie vrij te geven aan de bedrijfsgezondheids- en welzijnsafdeling van het Royal Victoria Regional Health Centre.

Handtekening leerling/instructeur _____ Datum _____

Dit formulier is ingevuld door (behandelende professional **afgedrukt** naam): _____

Handtekening/stempel _____ Datum _____

Het is familieleden niet toegestaan dit document in te vullen en te ondertekenen. Bewaar een kopie voor uw administratie. De persoonlijke informatie op dit formulier wordt verzameld in overeenstemming met de *Wet bescherming en bevordering van de gezondheid*, RSO 1990, Hoofdstuk H.7 met het oog op het verzamelen van uw immunisatie-informatie in overeenstemming met het SIS-beleid. Vragen over deze collectie kunt u richten aan de Manager Bedrijfsgezondheid en Welzijn op toestel 42350.