Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

DT6024

SEASONAL 2020 2021:
INFLUENZA VACCINATION

IDENTIFICATION

Nº SI-PMI : ____________ **Nº I-CLSC/dossier :** ____________
Dose Nº : ____________ ☐ Saisie SI-PMI / Registre faite

À COMPLETER PAR L'USAGER

LAST NAME: ____________ **FIRST NAME:** ____________
SEX: ☐ **F** ☐ **M** **DATE OF BIRTH:** ____________ **AGE:** ____________
QUEBEC HEALTH INSURANCE CARD #:________ ________ ________ **EXPIRATION DATE:** ____________
ADDRESS: ____________ **CITY:** ____________
POSTAL CODE: ____________ **TELEPHONE (home):** ____________ **CELLULAR:** ____________
MOTHER'S MAIDEN NAME AND FIRST NAME:____________
FATHER'S NAME AND FIRST NAME:____________

Are you a health worker in a CISSS? ☐ **NO** ☐ **YES** ☐ *Employee on payroll* ☐ *Doctor* ☐ *Volunteer*

À COMPLETER PAR L'USAGER

MEDICAL INFORMATION	YES	NO
1. Have you noticed a change in your state of health within the past few days?	☐	☐
2. **After receiving a vaccine**, have you ever had a **reaction severe enough** to consult a doctor? If yes, please specify. Name of vaccine: ____________ Type of reaction: ____________	☐	☐
3. Have you ever had a **severe allergic reaction** requiring emergency medical attention? If yes, please specify cause: ____________	☐	☐
4. Do you have a chronic illness (lung or cardiac problems, diabetes, kidney problems, severe asthma, cancer)? If yes, please specify cause: ____________	☐	☐
5. **Do you have a compromised immune system** due to an illness (cancer, leukemia, HIV) or a treatment? (chemotherapy, radiotherapy, medication, cortisone)? Specify: ____________	☐	☐
6. For women: are you pregnant (confirmed)? If yes, how many weeks? ____________	☐	☐
7. Are you presently taking any anticoagulants (Coumadin, Aspirin, Xarelto)?____________	☐	☐
8. Have you ever received the Pneumovax-23 or Prevnar-13 vaccine? If yes, which: ________ Date:________	☐	☐
The next 4 questions apply ONLY to persons under the age of 18 years		
9. In the **past 4 weeks**, have you received any vaccines? If yes, please specify: ____________	☐	☐
10. Are you in close contact with a person with a severely compromised immune system needing to be in strict isolation?	☐	☐
11. Are you presently taking Aspirin (acetylsalicylic acid)?	☐	☐
12. **If the child to be vaccinated is under 9 years old**, has he or she ever been vaccinated against the seasonal flu?	☐	☐

It is asked to wait for 15 minutes after vaccination.

User's signature: ____________________________

Nom : Prénom : # Dossier :

AUTORISATION DU PROFESSIONNEL AUTORISÉ

CONSENTEMENT ☐ Informations sur le vaccin donné

Consentement donné par : ☐ Usager ☐ Parent/responsable ☐ Personne légalement autorisée

Refus du vaccin : ☐ Influenza ☐ Pneumocoque

Contre-indication à la vaccination Nom du vaccin **:** ____________

Raison(s) : ____________

Vaccin(s) indiqué(s) aujourd'hui :

☐ **Influenza**
☐ **Prevnar-13**
☐ **Pneumovax-23**

☐ 2e dose nécessaire dans 4 semaines (enfants de moins de 9 ans si 1re dose à vie)
☐ Doit recevoir Pneumovax-23 dans 8 semaines

RAISON D'ADMINISTRATION (pour vaccin influenza seulement)

☐ **1-** Résident en CHSLD ☐ **2-** Femme enceinte ☐ **3-** Maladie chronique (<75 ans) ☐ **4-** Autre

	DATE	SIGNATURE DU PROFESSIONNEL AUTORISÉ	No PERMIS
Dose No : ________			

Organisation :____________ **LDS :**____________

VACCINATION

	VACCIN	LOT	SITE	DATE D'ADMINISTRATION
INFLUENZA	☐ **FLULAVAL TETRA** 0,5 ml IM	☐ JM7RN ☐ F9SS3 ☐ KX9F7 ☐ 3YP93 ☐ L2AN7 ☐ 575K2 ☐ KX9F7 ☐ 27FB2 ☐ G97PN ☐ 2L292 ☐ HZ474 ☐ Autre : ____________	☐ **Bras D** ☐ **Bras G** ☐ **Cuisse D** ☐ **Cuisse G** ☐ **Narines**	____________ **aaaa/mm/jj** ____________ **Nom, prénom du vaccinateur en lettres moulées** **No permis :** ____________ ____________ **Signature**
	☐ **FLUZONE QUAD.** 0,5 ml IM	☐ UJ451AA ☐ UJ451AB ☐ UJ452AA ☐UJ476AB ☐ UJ493AB ☐ UJ438AA ☐ UJ438AB ☐UJ439AA ☐ UJ439AB ☐ UJ532AA ☐ TDB ☐ Autre : ____________		
	☐ **FLUZONE HD** 0,5 ml IM **(≥ 65 ans)**	☐ UJ449AA ☐ UJ449AB ☐ UJ459AA ☐ UJ459AC ☐ Autre : ____________		
	☐ **FLUMIST Q** 0,2 ml IN	☐ MJ3210 ☐ Autre : ____________		
	☐ **AUTRE** 0,5 ml IM	Nom du vaccin : ____________ Lot # ____________ Date de péremption : ____________		
PNEUMOCOQUE	☐ **PREVNAR-13** 0,5 ml IM ☐ **PNEUMOVAX-23** ☐ 0,5 ml IM ☐ 0,5 ml SC	Lot # ____________ Date de péremption : ____________	☐ **Bras D** ☐ **Bras G**	

EFFETS INDÉSIRABLES IMMÉDIATS ET PREMIERS SOINS

Heure : ____________

Type de réaction et description des interventions : ____________

☐ **Formulaire de déclaration de manifestations cliniques inhabituelles complété et télécopié à la santé publique.**

Pour les premiers soins seulement :

Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj