



SAISON 2020-2021 : VACCINATION
CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

IDENTIFICATION		N° SI-PMI : _____	N° I-CLSC/dossier : _____	
		Dose N° : _____	<input type="checkbox"/> Saisie SI-PMI / Registre faite	
À COMPLÉTER PAR L'USAGER	NOM À LA NAISSANCE : _____		PRÉNOM : _____	
	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DATE DE NAISSANCE : _____	ÂGE : _____	
	N° D'ASSURANCE MALADIE : _____		DATE D'EXPIRATION : _____	
	ADRESSE : _____		VILLE : _____	
	CODE POSTAL : _____	TÉLÉPHONE (domicile) : _____	CELLULAIRE : _____	
	NOM (DE FILLE) ET PRÉNOM DE LA MÈRE : _____		NOM ET PRÉNOM DU PÈRE : _____	
Êtes-vous un travailleur de la santé d'un CISSS? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Employé inscrit sur la liste de paie <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Bénévole				
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX			OUI	NON
À COMPLÉTER PAR L'USAGER	1. Avez-vous remarqué un changement de votre état de santé dans les derniers jours?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Après avoir reçu un vaccin , avez-vous déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin? Si oui, précisez. Nom du vaccin : _____ Type de réaction : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Est-ce que vous avez déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Si oui, indiquez la cause : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Souffrez-vous de problèmes de santé chroniques (ex. : troubles pulmonaires ou cardiaques, diabète, troubles rénaux, asthme grave, cancer)? Si oui, lesquels? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Est-ce que vous présentez un problème du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : cancer, VIH, leucémie) ou d'un traitement (ex. : chimiothérapie, radiothérapie, médicaments, cortisone)? Précisez : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Pour les femmes : êtes-vous enceinte (grossesse confirmée)? Si oui, nombre de semaines : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Prenez-vous des anticoagulants (ex. : Coumadin, Aspirine, Xarelto) actuellement? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Avez-vous déjà reçu le vaccin Pneumovax-23 ou Prevnar-13? Si oui, lequel? _____ Date : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Les quatre questions suivantes concernent SEULEMENT les personnes de moins de 18 ans			
	9. Dans les 4 dernières semaines avez-vous reçu un ou des vaccins? Si oui, lesquels : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Êtes-vous en contact étroit avec une personne gravement immunodéprimée nécessitant un isolement strict?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prenez-vous régulièrement de l'acide acétylsalicylique (Aspirine)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Si l'enfant à vacciner a moins de 9 ans , a-t-il déjà reçu un vaccin contre la grippe?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il est demandé d'attendre 15 minutes après la vaccination.				
Signature de l'utilisateur : _____				

Nom :

Prénom :

Dossier :

AUTORISATION

CONSENTEMENT

 Informations sur le vaccin donnéConsentement donné par : Usager Parent/responsable Personne légalement autoriséeRefus du vaccin : Influenza Pneumocoque

Contre-indication à la vaccination

Nom du vaccin : _____

Raison(s) : _____

Vaccin(s) indiqué(s) aujourd'hui :

- Influenza** 2^e dose nécessaire dans 4 semaines (enfants de moins de 9 ans si 1^{re} dose à vie)
- Pevnar-13** Doit recevoir Pneumovax-23 dans 8 semaines
- Pneumovax-23**

RAISON D'ADMINISTRATION (pour vaccin influenza seulement)

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

	DATE	SIGNATURE DU PERSONNEL AUTORISÉ	N° PERMIS
Dose N° : _____			

Organisation : _____ LDS : _____

VACCINATION

	VACCIN	LOT	SITE	DATE D'ADMINISTRATION
INFLUENZA	<input type="checkbox"/> FLULAVAL TETRA 0,5 ml IM	<input type="checkbox"/> JM7RN <input type="checkbox"/> F9SS3 <input type="checkbox"/> KX9F7 <input type="checkbox"/> 3YP93 <input type="checkbox"/> L2AN7 <input type="checkbox"/> 575K2 <input type="checkbox"/> KX9F7 <input type="checkbox"/> 27FB2 <input type="checkbox"/> G97PN <input type="checkbox"/> 2L292 <input type="checkbox"/> HZ474 <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Bras D <input type="checkbox"/> Bras G <input type="checkbox"/> Cuisse D <input type="checkbox"/> Cuisse G <input type="checkbox"/> Narines	_____
	<input type="checkbox"/> FLUZONE QUAD. 0,5 ml IM	<input type="checkbox"/> UJ451AA <input type="checkbox"/> UJ451AB <input type="checkbox"/> UJ452AA <input type="checkbox"/> UJ476AB <input type="checkbox"/> UJ493AB <input type="checkbox"/> UJ438AA <input type="checkbox"/> UJ438AB <input type="checkbox"/> UJ439AA <input type="checkbox"/> UJ439AB <input type="checkbox"/> UJ532AA <input type="checkbox"/> TDB <input type="checkbox"/> Autre : _____		aaaa/mm/jj
	<input type="checkbox"/> FLUZONE HD 0,5 ml IM (≥ 65 ans)	<input type="checkbox"/> UJ449AA <input type="checkbox"/> UJ449AB <input type="checkbox"/> UJ459AA <input type="checkbox"/> UJ459AC <input type="checkbox"/> Autre : _____		Nom, prénom du vaccinateur en lettres moulées
	<input type="checkbox"/> FLUMIST Q 0,2 ml IN	<input type="checkbox"/> MJ3210 <input type="checkbox"/> Autre : _____		N° permis : _____
	<input type="checkbox"/> AUTRE 0,5 ml IM	Nom du vaccin : _____ Lot # _____ Date de péremption : _____		
PNEUMOCOQUE	<input type="checkbox"/> PREVNAR-13 0,5 ml IM	Lot # _____	<input type="checkbox"/> Bras D <input type="checkbox"/> Bras G	_____
	<input type="checkbox"/> PNEUMOVAX-23 <input type="checkbox"/> 0,5 ml IM <input type="checkbox"/> 0,5 ml SC	Date de péremption : _____		Signature

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
----------------------	-----------	--------	------------