



DT6215

SAISON 2020-2021 : VACCINATION CONTRE LA GRIPPE  
SAISONNIÈRE CLIENTÈLE ET PERSONNEL EN CHSLD

<b>IDENTIFICATION</b>		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 : _____ aaaa/mm/jj	ÂGE : _____
	N° D'ASSURANCE MALADIE : _____		DATE D'EXPIRATION : _____ aaaa/mm
	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"/> OUI <input type="checkbox"/> Employé inscrit sur la liste de paie <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> NON			
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>			
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. <b>Après avoir reçu un vaccin</b> , avez-vous déjà eu une <b>réaction assez grave</b> 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 <b>réaction allergique grave</b> 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. Prenez-vous des anticoagulants (ex. : Coumadin, Aspirine, Xarelto) actuellement? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Avez-vous déjà reçu le vaccin Pneumovax-23 ou Prevnar-13? Si oui, lequel? _____ Date : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est demandé d'attendre 15 minutes après la vaccination.			
Signature de l'usager : _____			

Nom :

Prénom :

# Dossier :

## AUTORISATION DE L'INFIRMIÈRE

## 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<sup>e</sup> dose nécessaire dans 4 semaines (enfants de moins de 9 ans si 1<sup>re</sup> 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 DE L'INFIRMIÈRE	N° PERMIS
Dose N° : _____			

Organisation : \_\_\_\_\_ LDS : \_\_\_\_\_

## VACCINATION

	VACCIN	LOT	SITE	DATE D'ADMINISTRATION
INFLUENZA	<input type="checkbox"/> <b>FLULAVAL TETRA</b> 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"/> <b>FLUZONE QUAD.</b> 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 : _____		_____
	<input type="checkbox"/> <b>FLUZONE HD</b> 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 : _____		_____
	<input type="checkbox"/> <b>AUTRE</b> 0,5 ml IM	Nom du vaccin : _____ Lot # _____ Date de péremption : _____		_____
PNEUMOCOQUE	<input type="checkbox"/> <b>PREVNAR-13</b> 0,5 ml IM	Lot # _____	<input type="checkbox"/> Bras D <input type="checkbox"/> Bras G	_____
	<input type="checkbox"/> <b>PNEUMOVAX-23</b> <input type="checkbox"/> 0,5 ml IM <input type="checkbox"/> 0,5 ml SC	Date péremption : _____		_____

## 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	Licence	aaaa/mm/jj
----------------------	-----------	---------	------------