# Demande de participation aux programmes d’immunisation du Québec

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande : | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Complétée par : | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISME** | |
| Nom de l’établissement : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Adresse  et code postal : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Téléphone : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Télécopieur : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom du gestionnaire ou propriétaire : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Titre d’emploi: | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Numéro de téléphone : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Courriel : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom et titre du responsable de la gestion des vaccins : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Formation reçue en immunisation et expérience en vaccination: | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Numéro de téléphone : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Courriel : | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **TYPE D’ORGANISME** |
| Agence de soins infirmiers  Pharmacie  Clinique médicale désaffiliée RAMQ |
| Clinique santé voyage Clinique médicale affiliée RAMQ Résidence de pers. âgées |
| GMF  Autre  (précisez) :Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICES DÉJÀ OFFERTS OU EN DÉVELOPPEMENT** | | |
| Consultation et vaccination santé voyage  Vaccination influenza  Vaccination nourrisson  Mise à jour du calendrier adulte  Suivi de clientèle vulnérable et préciser :Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Site de vaccination : | | |
| Vaccination sur place  Vaccination hors établissement (déplacements prévus avec vaccins) | | |
| **ADMINISTRATIF** | |
| Vaccins de santé publique désirés par cette demande :  Campagne influenza  Autre(S) : Cliquez ici pour taper du texte.  Frais chargés aux patients pour administration des vaccins publics ?  Oui  Précisez montant :Cliquez ici pour taper du texte. Aucun    Offre de vaccination à heures défavorables (soirs et/ou fins de semaine) ?  Oui  Précisez:Cliquez ici pour taper du texte. Non | |
| Nombre d’heures où le service de vaccination sera offert : Cliquez ici pour taper du texte./semaine  Vaccination en salle fermée ? Oui  Non  Table d’examen ou chaise gériatrique pour la vaccination ? Oui  Non | |
| **GESTION DES VACCINS** | | |
| **Réfrigérateur réservé à la conservation des vaccins** : | | |
| Bar  Domestique   Commercial | | |
| Branché à un système d’alarme et relié à une centrale téléphonique ? Oui   Non | | |
| Branché à une génératrice d’urgence ? Oui  Non | | |
| Protocole en cas de panne électrique en place ? Cliquez ici pour taper du texte. | | |
|  | | |
| **Thermomètre** : | | |
| Digital minima-maxima  Enregistrement graphique   Enregistrement numérique | | |
| Autre, précisez : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Date d’achat ou de dernière calibration du thermomètre  : Cliquez ici pour taper du texte. | | |
| Fréquence de prise de températures du réfrigérateur : | | |
| 2 fois /jour  1 fois/jour   Nombre de jours/semaine (précisez) : Cliquez ici pour taper du texte. | | |

|  |
| --- |
| **VOLET SANTÉ VOYAGE (SI INDIQUÉ)** |
| Formation(s) reçues(s)  avec date(s) :Cliquez ici pour taper du texte.  Expérience(s) en santé voyage :Cliquez ici pour taper du texte.  Type de voyage visé par l’offre de service : Sud  Tous types |
| Accréditation fièvre jaune :  Oui  NON  A venir |

|  |
| --- |
| **COMMENTAIRES / INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |

🡺 ***Compléter et retourner par courriel à : carole\_desjardins@ssss.gouv.qc.ca***

**Section réservée à la Direction régionale de santé publique**

|  |
| --- |
| **VISITE DE L’ORGANISME** |
| Date : Cliquez ici pour entrer une date. Par :Cliquez ici pour taper du texte. |
| Personne(s) rencontrée(s) : Cliquez ici pour taper du texte.  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Conforme   Non conforme |
| Recommandations : Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |
| **DÉCISION DSP** |
| Demande acceptée   Demande refusée   En suspens  Motif (s) justifiant la décision : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Entente envoyée le : Cliquez ici pour entrer une date.  Entente signée et reçue le : Cliquez ici pour entrer une date.  No ID du dépôt : Cliquez ici pour taper du texte. Zone de livraison :Cliquez ici pour taper du texte.  Modèle(s) attribué(s) :Cliquez ici pour taper du texte.  **Livraison des vaccins :**  Ramassage HDSJ  AutreCliquez ici pour taper du texte. |
|  |
| **Demande d’ouverture de dossier vaccinateur évaluée par :** |
| Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Signature :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Date : Cliquez ici pour entrer une date. |
| Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Signature :*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Date : Cliquez ici pour entrer une date. |

MAJ : 2016-06-16/CB

http://gid.regional.reg14.rtss.qc.ca:7070/alfresco/dspmiimmunisation/documentlibrary/vaccinateurs/for demande nouveau vaccinateur