#  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