

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_  
 Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  F  M  
 aaaa-mm-jj  
 NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
 aaaa-mm  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_

### VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA INFLUENZA VACCINE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS / PERSONNAL INFORMATION	
Adresse / Address :	Ville / City :
Code postal / Postal code :	Numéro de téléphone / Phone number :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX / MEDICAL INFORMATION		
EST-CE QUE LA PERSONNE À VACCINER : / DOES THE PERSON TO BE VACCINATED :	OUI/YES	NON/NO
• a un changement dans l'état général? / has a change in their general health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a une maladie chronique? Si oui, laquelle? / has a chronic disease? If so, name the disease? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a déjà eu une réaction allergique grave? Si oui, laquelle? Si à un vaccin, précisez. / has ever had a severe allergic reaction? If so, what was the reaction? If it is a vaccine, name. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a un problème du système immunitaire en raison d'une maladie ou d'un médicament? / has an immune system problem due to a disease or a medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a reçu un vaccin contre la pneumonie? Si oui, à quel âge et lequel? / has received a pneumonia vaccine? If yes, at what age and which vaccine? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• est enceinte? Si oui, combien de semaines? / is pregnant? If yes, how many weeks? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section à compléter seulement pour les jeunes de 2 à 17 ans souhaitant recevoir le vaccin intranasal / Complete the following only for children from 2 to 17 years old who wish to receive the intranasal vaccine		
• a reçu un vaccin vivant dans le dernier mois (2-17 ans)? / has received a live vaccine in the past month (age 2 to 17)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• a fait une crise d'asthme grave (sous glucocorticothérapie orale) ayant nécessité une intervention médicale dans les sept (7) derniers jours? / had a severe asthma attack (taking oral corticosteroids) requiring a medical intervention in the past seven (7) days?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• prend de l'aspirine ou un autre médicament qui en contient? / take aspirin or another medicine that contains aspirin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• habite avec une personne immunodéprimée? / reside with an immunodepressed person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

#Dossier :

**SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE / SECTION RESERVED FOR THE NURSE**Contre l'influenza IM :  Flulaval Tétra / Fluzone quadrivalent  Fluzone HD TrivContre l'influenza IN :  Flumist QuadContre le pneumocoque IM :  Prevnar-13  Pneumovax 23 Explications sur les effets secondaires et soins post-vaccination données (attente de 15 minutes). Pour un usager de moins de 14 ans ou qui ne peut consentir seul, le consentement verbal est obtenu du représentant légal :→  Père  Mère  Tuteur (trice)

Signature de l'infirmière : \_\_\_\_\_

**SECTION RÉSERVÉE AU VACCINATEUR****RAISON DE LA VACCINATION INFLUENZA** **1 - Influenza - Résident en CHSLD** (peu importe l'âge ou la condition médicale, seulement pour la mission CHSLD public ou privé) **2 - Influenza - Femme enceinte** **3 - Influenza - Maladie chronique** (pour tout usager âgé entre 6 mois et 74 ans ayant une maladie chronique) **4 - Influenza - Autres raisons**

→ Si employé(e) du CISSS, inscrire # d'employé(e) : \_\_\_\_\_

**LIEU DE DISPENSATION DU SERVICE (LDS)** Hôpital  Centre d'hébergement de soins de longue durée  CLSC  Autre

→ À compléter obligatoirement - Veuillez préciser le nom de l'installation : \_\_\_\_\_

**VACCINS ADMINISTRÉS**

AGENT	À remplir par le vaccinateur				
	NO DE LOT	NOM COMMERCIAL	QTÉ	VOIE	SITE D'ADMINISTRATION
PNEU-C		<input type="checkbox"/> Prevnar 13	0,5 mL	IM	bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G cuisse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
PNEU-P		<input type="checkbox"/> Pneumovax 23	0,5 mL	IM	bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
INFLUENZA		<input type="checkbox"/> Flulaval Tétra	0,5 mL	IM	bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G cuisse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
		<input type="checkbox"/> Fluzone Quad	0,5 mL	IM	bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G cuisse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
		<input type="checkbox"/> Fluzone HD Triv	0,5 mL	IM	bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G cuisse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
		<input type="checkbox"/> Flumist Quad	0,2 mL	IN	Deux narines
Autre vaccin (Veuillez compléter les informations)		_____	_____ mL	_____	bras <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G cuisse <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G

**Note :**  Rappel 2<sup>e</sup> dose dans 4 semaines pour les enfants de moins de 9 ans qui reçoivent le vaccin influenza pour la première fois de leur vie. Lot BCF (cochez la case si le vaccin administré est identifié comme ayant subi un bris de la chaîne de froid (BCF) antérieurement). Si plus d'un vaccin administré inscrire pour lequel le BCF s'applique: \_\_\_\_\_

Signature du vaccinateur : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_aaaa/mm/jj\_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_hh:mm\_\_\_\_\_

Saisie SI-PMI  Initiales : \_\_\_\_\_