

## VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Si NAM non disponible :

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

No ASS. MALADIE :

NOM, PRÉNOM :  
(Lettres moulées)

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ANNÉE / MOIS / JOUR

### SECTION 1 À REMPLIR PAR L'USAGER

	OUI	NON
1. Quel est votre âge? (exprimé en mois si enfant de moins de 2 ans) :		
2. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Après avoir reçu un vaccin, avez-vous déjà eu une réaction assez grave pour consulter un professionnel de la santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Souffrez-vous de troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical, ou prenez-vous des médicaments anticoagulants? <b>Si oui, compression de 5 minutes à la suite du vaccin.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### SECTION 2 À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR

#### RAISON D'ADMINISTRATION PAR ORDRE DE PRIORITÉ

1. Résident en CHSLD (public/privé)	<input type="checkbox"/>
2. Femme enceinte au 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestre (13 semaines et plus) ou Femme enceinte ayant une maladie chronique peu importe le trimestre.	<input type="checkbox"/>
3. Personne de 6 mois à 74 ans ayant une maladie chronique	<input type="checkbox"/>
4. Autre : (inclut les 75 ans et plus en bonne santé, les contacts âgés de 6 mois à 74 ans de personnes à risque, les travailleurs de la santé et les vaccins payants.) **Notez que les vaccins payants ne sont pas offerts dans le CIUSSSCN)	<input type="checkbox"/>

### SECTION 3 ÉVALUATEUR SI DIFFÉRENT DU VACCINATEUR

Si enfant de moins de 14 ans  Présence d'un parent  Autorisation écrite jointe au formulaire

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

## VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

Si NAM non disponible :

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

No ASS. MALADIE :

NOM, PRÉNOM :  
(Lettres moulées)

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
ANNÉE / MOIS / JOUR

### SECTION 4

### VACCIN CONTRE LA GRIPPE

L'infirmière initiale le vaccin prescrit :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flulaval Tetra | <input type="checkbox"/> Fluzone Quadrivalent | <input type="checkbox"/> Afluria Tetra (homologué 5 ans et plus) |
| <input type="checkbox"/> Fluviral       | <input type="checkbox"/> Influvac Tetra       | <input type="checkbox"/> Autre:                                  |

Lot : \_\_\_\_\_

Quantité  0.5 ml Voie intramusculaire

Site  Bras gauche  Bras droit  
 Cuisse gauche  Cuisse droite

L'usager a été avisé d'attendre 15 minutes après la vaccination.

L'usager a reçu l'information sur le vaccin et ses effets secondaires.

### SECTION 5

### VACCINATEUR

#### VACCINATEUR

_____	_____	_____	____/____/____
Nom complet du <b>vaccinateur</b> (OIIQ-OIIAQ)	no de permis	Signature du vaccinateur	<b>Date</b>
			____h____
			Heure

### SECTION 6

### MANIFESTATIONS CLINIQUES

Type de réaction,  
Conduite/Conseil :

Signature :

### SECTION 7

### SAISIE DU VACCIN

Ce vaccin a été saisi dans SI-PMI

Oui  Non