

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 QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION		
1. Quel est votre âge? (inscrire en mois si enfant de moins de 2 ans) :		
	OUI	NON
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? <i>Si oui, compression de 5 minutes à la suite du vaccin.</i>	<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 Inscrire le lieu _____	<input type="checkbox"/>
2. Femme enceinte au 2 ^e et 3 ^e 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 : - Résident en RI, RPA (public/privé) Inscrire le lieu _____ - 75 ans et plus - Les contacts âgés de 6 mois à 74 ans de personnes à risque - Les travailleurs de la santé incluant les bénévoles et les proches aidants - Clientèle non ciblée par le Protocole d'immunisation du Québec, mais vaccination gratuite : Enfants de 6 à 23 mois et adultes de 60 à 74 ans en bonne santé	<input type="checkbox"/>
5. Refus de l'utilisateur	<input type="checkbox"/>

SECTION 3 À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR SI ADMINISTRATION DE FLUMIST INTRANASAL		
	OUI	NON
1. Asthme grave (ex. : sous glucocorticothérapie orale) ou respiration sifflante active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. État d'immunodépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Contact étroit avec une personne très gravement immunosupprimée (ex. : greffe de la moelle osseuse qui nécessite un isolement dans un milieu protégé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prise AAS ou d'un médicament qui en contient chez les personnes de moins de 18 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vaccin vivant injectable reçu dans le dernier mois (ex. : RRO, VAR, FJ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Femme enceinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note : Les stagiaires de la santé qui seraient éligibles au Flumist devraient recevoir le vaccin injectable s'ils sont en contact, dans les 2 semaines suivant le vaccin, avec un usager qui pourrait être gravement immunodéprimé.		

SECTION 4 CONSENTEMENT SI CURATELLE OU POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS

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

Si curatelle : Consentement écrit

Commentaire : _____

Signature de l'infirmière : _____ Si consentement verbal _____

Témoïn

SECTION 5 ÉVALUATEUR SI DIFFÉRENT DU VACCINATEUR

Signature de l'infirmière : _____

SECTION 6 À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE

Inscrire vos initiales au vaccin à administrer

Flulaval Tetra Fluzone Quadrivalent Fluzone Hd Flumist Quadrivalent

Autre : _____

Lot : _____

Quantité 0.5 ml Voie intramusculaire

Site Bras gauche Bras droit
 Cuisse gauche Cuisse droite

Lot : _____

Quantité

0.1 ml Voie intranasale narine droite
et
 0.1 ml Voie intranasale narine gauche

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

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

SECTION 7 VACCINATEUR

Nom complet du vaccinateur (en lettres moulées)

No permis (OIIQ-OIIAQ)

Signature du vaccinateur

_____/_____/_____
Date : année mois jour

Heure

SECTION 8 MANIFESTATIONS CLINIQUES

Type de réaction /
Conduite /Conseil :

Signature :

SECTION 9 SAISIE DU VACCIN

Ce vaccin a été saisi dans SI-PMI Oui Non