

## 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

1. Quel est votre âge? (exprimé 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? <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

1. Résident en CHSLD (public/privé)	<input type="checkbox"/> Lieu de vaccination _____
2. Personne de 6 mois et plus ayant une maladie chronique (sans limite d'âge)	<input type="checkbox"/>
3. Autre : (inclut les 75 ans et plus en bonne santé , les femmes enceintes au 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> trimestres, 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 CIUSSCN)	<input type="checkbox"/>  Note : Pour les travailleurs vaccinés en CHSLD inscrire le lieu de vaccination : _____ _____

### 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. États 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 deux semaines suivant le vaccin avec un usager qui pourrait être gravement immunosupprimé.		

### SECTION 4 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 5

### VACCIN CONTRE LA GRIPPE

L'infirmière initiale le vaccin prescrit :

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fluviral | <input type="checkbox"/> Fluzone quadrivalent |
| <input type="checkbox"/> Influvac | <input type="checkbox"/> Flulaval Tétra       |
| <input type="checkbox"/> Fluad    |   |
| <input type="checkbox"/> Autre:   |   |

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

Quantité  0.5 ml Voie intramusculaire

Site  Bras gauche  Bras droit  
 Cuisse gauche  Cuisse droite

Flumist quadrivalent

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 6

### VACCINATEUR

#### VACCINATEUR

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Date**  
Nom complet du **vaccinateur** (OIIQ-OIIAQ) # de permis Signature du vaccinateur \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_  
Heure

### SECTION 7

### MANIFESTATIONS CLINIQUES

Type de réaction,  
Conduite/Conseil :

Signature :

### SECTION 8

### SAISIE DU VACCIN

Ce vaccin a été saisi dans SI-PMI

Oui  Non