



DT9602

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE ET LE PNEUMOCOQUE

Nom et prénom de l'utilisateur					
Nom et prénom de la mère					
Nom et prénom du père (optionnel)					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
Adresse (N°, rue)			Expiration		
Ville			Code postal		

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Usager apte de 14 ans ou plus	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :	
Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte	
Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :	Adresse courriel :
<input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait) <input type="checkbox"/> Proche parent <input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier <input type="checkbox"/> Autorité parentale	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION*					
	ÉLÉMENTS À VALIDER PAR LE VACCINATEUR	OUI	NON	N/A	PRÉCISION
1.	Problèmes de santé (L'utilisateur a-t-il remarqué un changement récent dans son état de santé? Souffre-t-il d'asthme? L'utilisateur présente-t-il des sécrétions nasales importantes? Prend-il de l'AAS ou un médicament qui en contient?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Immunodépression (L'utilisateur prend-t-il des médicaments immunodépresseurs? Est-il immunodéprimé ou atteint d'une maladie auto-immune?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Réactions antérieures (L'utilisateur a-t-il déjà fait une réaction importante suivant l'administration d'un vaccin ou d'un autre produit ayant nécessité une visite à l'hôpital?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Grossesse (Si l'utilisateur est une femme, est-elle présentement enceinte?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Produits immunisants (L'utilisateur a-t-il reçu un vaccin le dernier mois?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Contacts (L'utilisateur est-il en contact étroit avec une personne très gravement immunodéprimée?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Pour connaître les contre-indications et les précautions, veuillez-vous référer aux sections *Inf injectable* et *Inf intranasal* du *Protocole d'immunisation du Québec*.

RAISON D'ADMINISTRATION (par ordre de priorité)	
<input type="checkbox"/> 07 – Influenza – Résident en CHSLD	<input type="checkbox"/> 10 – Influenza – Travailleur de la santé
<input type="checkbox"/> 08 – Influenza – Résident en RPA	<input type="checkbox"/> 11 – Influenza – Maladie chronique
<input type="checkbox"/> 09 – Influenza – Femme enceinte	<input type="checkbox"/> 12 – Influenza – Autres raisons

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

CONSENTEMENT/DÉCISION

- Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.
- Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) ont été communiquées à la personne ou son représentant légal.
- Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.

DÉCISION

L'utilisateur ou son représentant légal :

Consent à la vaccination contre l'influenza Consent à la vaccination contre le pneumocoque

Refuse la vaccination contre l'influenza Refuse la vaccination contre le pneumocoque

Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé :

Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé

CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :

Usager Mandataire Tuteur Curateur Curateur public Proche parent

Conjoint (marié, union civile ou de fait) Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier Autorité parentale

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

Nom du professionnel :

PROFESSION Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

N° de permis : Signature du professionnel :

CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE
(Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)

Nom du témoin :		Date	Année	Mois	Jour
Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique:		Date	Année	Mois	Jour

DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ

Date (année, mois, jour)	Heure (00:00) de vaccination	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité/unité	Voie d'administration	Site d'administration
		<input type="checkbox"/> Flulaval Tetra <input type="checkbox"/> Fluzone quadrivalent <input type="checkbox"/> Fluzone HD quadrivalent		0,5 ml ou contenu du format unidose	Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche
		<input type="checkbox"/> Flumist quadrivalent		0,1 ml 0,1 ml	Intranasale	<input type="checkbox"/> Narine droite <input type="checkbox"/> Narine gauche
		<input type="checkbox"/> Pneumovax 23		0,5 ml	Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche

INFORMATION SUR LE VACCINATEUR

Nom du vaccinateur : Profession :
 Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

N° de permis : Lieu de vaccination (LDS) : Signature du vaccinateur :

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du vaccinateur)

Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin : Profession :
 Infirmière auxiliaire Autre, précisez : _____ N° de permis :

Notes