



MR60869

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 D.D.N. : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

**VACCINATION INFLUENZA ET PNEUMOCOQUE
(INHALOTHÉRAPEUTE)**

INSCRIPTION		
Téléphone : () _____ - _____		Âge : _____
Adresse : _____		Ville : _____ Code postal : _____
Mère : _____		Père : _____
Numéro d'assurance maladie : _____		Date d'expiration : _____ / _____ AAAA MM
RAISON D'ADMINISTRATION - INFLUENZA		
<input type="checkbox"/> 1- Influenza : Résident en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) <input type="checkbox"/> 2- Influenza : Femme enceinte <input type="checkbox"/> 3- Influenza : Maladie chronique <input type="checkbox"/> 4- Influenza : Autres raisons : (précisez) _____		
Lieu de dispensation de service : _____		
ÉVALUATION (INHALOTHÉRAPEUTE)		
1. Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe saisonnière?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque (Pneumovax)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▪ Présentez-vous l'un des états suivants : (si oui, l'utilisateur pourrait recevoir les vaccins qui sont entre parenthèses) : <input type="checkbox"/> Immunosuppression (Prevnar et 2 ^e dose) <input type="checkbox"/> Asplénie (Prevnar et 2 ^e dose) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique ou syndrome néphrotique (2 ^e dose) (Si Prevnar, se référer aux directives à jour de la direction régionale de la santé publique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A
3. Notez-vous un changement dans votre état de santé actuel comparativement à votre état habituel?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4. Est-ce que vous avez déjà eu une réaction allergique grave (anaphylactique) qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Si oui, précisez la cause : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un professionnel de la santé? Vaccin : _____ Réaction : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6. Est-ce que vous souffrez de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier ou prenez-vous des anticoagulants? (Ex. : Fragmin, Coumadin, Héparine, Pradaxa, etc.) (Si oui, s'assurer de faire une pression plus longtemps sur le site pour éviter les saignements)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nom :

Prénom :

N° dossier :

SECTION SUPPLÉMENTAIRE POUR LES 2 À 17 ANS / CONTRE-INDICATIONS FLUMIST			
1. Présentez-vous un état d'immunosuppression?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si «oui» à une de ces conditions médicales: Ne pas administrer ce vaccin.
2. Souffrez-vous d'asthme grave (glucocorticothérapie orale) ou de respiration sifflante active ayant nécessité une intervention médicale au cours des 7 jours précédant la vaccination?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3. Prenez-vous de l'acide acétylsalicylique (aspirine)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
4. Présentez-vous des sécrétions nasales importantes?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
5. Aurez-vous un contact étroit inévitabile avec une personne gravement immunosupprimée dans les 2 prochaines semaines?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si «oui»: Ne pas administrer ce vaccin.
6. Avez-vous reçu un vaccin vivant au cours de 4 dernières semaines? (rougeole-rubéole-oreillon, varicelle)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si «oui»: Ne pas administrer ce vaccin.
7. Prenez-vous des antiviraux contre l'Influenza? (Ex. : Tamiflu, Relanza, Mantadix, Symmetrel, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si «oui»: Ne pas administrer ce vaccin.
8. Êtes-vous présentement enceinte?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/A	Si «oui»: Ne pas administrer ce vaccin.
CONSENTEMENT À LA VACCINATION			
(pour enfant de moins de 14 ans ou personne inapte à consentir)			
Personne organisatrice : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Mandataire			
Si autre : <input type="checkbox"/> Consentement écrit			
<input type="checkbox"/> Consentement téléphonique avec témoin : _____			
		Signature du témoin	
		Date : _____	Heure : _____
Je consens à la vaccination		AAAA-MM-JJ	HH : MM
ORIENTATION DE VACCINATION			
Vacciner influenza		Vacciner pneumocoque	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de l'usager		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de l'usager	
<input type="checkbox"/> 2 ^e dose à prévoir		<input type="checkbox"/> 2 ^e dose à prévoir	
Usager avisé d'une attente de 15 minutes après la vaccination et des effets secondaires possibles :			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
VACCINATION INFLUENZA ET PNEUMOCOQUE			
<input type="checkbox"/> Flulaval Tétra	} _____ N° de lot	<input type="checkbox"/> 0,5 mL / IM	<input type="checkbox"/> Deltoïde gauche
<input type="checkbox"/> Fluzone Quadrivalent			<input type="checkbox"/> Deltoïde droit
<input type="checkbox"/> Fluzone HD			<input type="checkbox"/> Cuisse gauche
<input type="checkbox"/> Autre : _____			<input type="checkbox"/> Cuisse droite
<input type="checkbox"/> Flumist quadrivalent (2 ans à 17 ans)	_____	<input type="checkbox"/> 0,2 mL / Intranasal	
	N° de lot		
<input type="checkbox"/> Pneunovax 23	<input type="checkbox"/> Tout le contenu de la fiole /IM		<input type="checkbox"/> Deltoïde gauche
			<input type="checkbox"/> Deltoïde droit
<input type="checkbox"/> Prevenar 13	Préciser : _____		<input type="checkbox"/> Cuisse gauche
			<input type="checkbox"/> Cuisse droite
(S'assurer de se référer aux directives à jour de la direction régionale de la santé publique)			
Nom du vaccinateur : _____		Titre d'emploi : _____	
Signature du vaccinateur : _____		N° de permis : _____	Date : _____
		AAAA-MM-JJ	HH : MM