

PERSONNE À VACCINER – MANCHES COURTES OBLIGATOIRES S.V.P.

Merci de compléter le formulaire en lettres moulées

INFORMATIONS TELLES QU'INSCRITES À VOTRE DOSSIER MÉDICAL

No RAMQ : _____ | _____
LETTRES CHIFFRES

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

aaaa-mm-jj

LIEU DE VACCINATION :

NOM DE L'ENTREPRISE OU DE LA PHARMACIE: _____

ADRESSE DE L'ENTREPRISE OU DE LA PHARMACIE : _____

ALLERGIES SÉVÈRES :

- Thimérosal (agent de conservation) Non Oui
- Néomycine Non Oui

SI OUI, VOUS NE POUVEZ PAS ÊTRE VACCINÉ(E)

AUTRES ALLERGIES : _____

(Si doute, vérifier auprès de votre médecin s'il y a des contre-indications)

AVEZ-VOUS DÉJÀ REÇU UN VACCIN ANTIGRIPPAL AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES ? Non Oui

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE RÉACTION DÉFAVORABLE À UN VACCIN ?

(EX : difficulté respiratoire grave, difficulté à avaler, œdème du visage, guillain barré) Non Oui

SI OUI, QUELLE RÉACTION ? EXPLIQUER : _____

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE COAGULATION ? OU PRENEZ-VOUS DES ANTICOAGULANTS. Non Oui

AUJOURD'HUI, FAITES-VOUS DE LA FIÈVRE ? Non Oui

AVEZ-VOUS UNE ALLERGIE AU LATEX ? Non Oui

ÊTES-VOUS ENCEINTE ? Non Oui

UN CHANGEMENT DANS VOTRE ÉTAT DE SANTÉ? _____ Non Oui

CONTRAT D'ENGAGEMENT

J'atteste que j'ai reçu et lu toutes les informations concernant le vaccin. J'ai été informé(e) que je dois rester en observation 15 minutes après la réception du vaccin au cas où il y aurait une réaction allergique. Si je quitte avant la fin du temps requis, j'en assume l'entière responsabilité et dégage ainsi l'infirmier (ère) et mon employeur de toute responsabilité.

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
 Patient Parent Tuteur

En cas de réaction ultérieure majeure, S.V.P. contacter votre superviseur qui notifiera Servirplus.

RÉSERVÉ À L'INFIRMIER (ÈRE)

VACCIN	DATE	HEURE	INJECTION	SITE
Quadrivalent (Afluria Tetra)	_____	_____	Lot : # _____ 0.5 ml I/M	Bras droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>
Flucelvax	_____	_____	Lot : # _____ 0.5 ml I/M	Bras droit <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/>

Signature de l'infirmier (ère) : _____ # de permis _____