

**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 ANTIGRIFFAL 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 (ière) 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 \_\_\_\_\_