

VACCINATION  
CONTRE LA GRIPPE ET LE PNEUMOCOQUE

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER \_\_\_\_\_  
ÂGE : \_\_\_\_\_  
NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXE :  F  M  
N.A.M. : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ID SI-PMI : \_\_\_\_\_

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu

Hôpital de la Cité-de-la-Santé  RPA (préciser) : \_\_\_\_\_  
 CVM (préciser) : \_\_\_\_\_  Hôpital Juif de réadaptation : \_\_\_\_\_  
 CHSLD (préciser) : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_

Usager apte :

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° de téléphone  
 Cellulaire  Travail

Adresse courriel :

Usager majeur inapte ou mineur de moins de 14 ans :

Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :

Mandataire  Tuteur  Curateur  Curateur public  Proche parent  Conjoint (marié, union civile ou de fait)  
 Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° de téléphone  
 Cellulaire  Travail

Adresse courriel :

EMPLOYÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA GRIPPE

\*Sélectionner la première raison applicable seulement\*

# Matricule : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_  
Installation : \_\_\_\_\_  
 CISSS de Laval →  Autorise la transmission au service de santé  
 Hors CISSS de Laval  
 Non-salarié CISSS de Laval. Occupation : \_\_\_\_\_  
 Titre d'emploi et N° de permis (PRN) : \_\_\_\_\_

07 - Influenza - Résident en CHSLD  
 08 - Influenza - Résident en RPA  
 09 - Influenza - Femme enceinte  
 10 - Influenza - Travailleur de la santé (peu importe la condition médicale)  
 11 - Influenza - Maladie chronique (6 mois à 74 ans)  
 12 - Influenza - Autres raisons

QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINATION

OUI NON N/A

1. Quel âge avez-vous? Voir section « Vaccins » au verso

2. Faites-vous de la fièvre actuellement?

3. Avez-vous une allergie grave?  Thimérosal  Gentamicine  Néomycine

4. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylaxie) après avoir reçu le vaccin contre la grippe ou autre vaccin?

5. Avez-vous déjà présenté des symptômes respiratoires graves (difficulté à respirer, respiration sifflante, douleur thoracique) après avoir reçu un vaccin contre la grippe (syndrome oculorespiratoire - SOR)?

6. Avez-vous déjà présenté une paralysie (Syndrome de Guillain-Barré) dans les 6 semaines après avoir reçu un vaccin contre la grippe?

7. Avez-vous déjà reçu un vaccin contre le pneumocoque? Se référer au « Cartable des vaccinoteurs - station évaluation et Fiche indicative »

8. Enfant de moins de 9 ans : A-t-il déjà reçu dans sa vie un vaccin contre la grippe? Si oui, une seule dose requise

9. Enfant de moins de 9 ans : A-t-il reçu cette année une première dose de vaccin contre la grippe? Si oui, intervalle de 4 semaines

SECTION À COMPLÉTER POUR LE VACCIN INTRANASAL FLUMIST QUADRIVALENT (enfants de 2 à 17 ans)

10. Êtes-vous immunodéprimé OU en contact avec des personnes immunodéprimées?

11. Avez-vous de l'asthme sévère (ex. : sous cortisone orale) OU une respiration sifflante active (intervention médicale 7 derniers jours)?

12. Prenez-vous de l'Aspirin<sup>MD</sup> (acide acétylsalicylique) ou un médicament quelconque qui en contient?

13. Êtes-vous enceinte actuellement?

14. Avez-vous des sécrétions nasales importantes?

ÉVALUATION ET CONSENTEMENT

Indication de vaccination : Grippe  OUI  NON, raison : \_\_\_\_\_ Pneumocoque  OUI  NON, raison : \_\_\_\_\_  
 Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination, les réactions possibles et la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.  
L'usager ou son représentant légal :  Consent à la vaccination  Refuse la vaccination  Contre-indication : \_\_\_\_\_  
Signature et titre d'emploi (évaluateur) : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

VACCINATION  
CONTRE LA GRIPPE ET LE PNEUMOCOQUE

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER \_\_\_\_\_  
ÂGE : \_\_\_\_\_  
NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXE :  F  M  
N.A.M. : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
ID SI-PMI : \_\_\_\_\_

INFLUENZA – VACCINS INJECTABLES

SITE D'INJECTION IM

- Flulaval<sup>MD</sup> Tetra**  
*Usagers de 6 mois et plus, selon les indications du PIQ*
- Fluzone<sup>MD</sup> Quadrivalent**  
*Usagers de 6 mois et plus, selon les indications du PIQ*
- Fluzone<sup>MD</sup> Haute dose (HD) Quadrivalent**  
*Réservé aux résidents de CHSLD et RI-SAPA de 65 ans et plus.  
Exceptionnellement peut aussi être utilisé chez la clientèle vulnérable  
de 65 ans et plus en RPA et SAD-SAPA.*
- Autre : \_\_\_\_\_

- 1<sup>re</sup> dose** <sup>(1)</sup> 0,5 mL intramusculaire (IM)
- 2<sup>e</sup> dose** 0,5 mL intramusculaire (IM)

- Bras droit (B.D.)**
- Bras gauche (B.G.)**
- Cuisse droite (C.D.)**
- Cuisse gauche (C.G.)**

INFLUENZA – VACCIN INTRANASAL

SITE D'ADMINISTRATION

- Flumist<sup>MD</sup> Quadrivalent**  
*Réservé aux enfants de 2 à 17 ans, selon les indications du PIQ.*

- 1<sup>re</sup> dose** <sup>(1)</sup> 0,2 mL
- 2<sup>e</sup> dose** 0,2 mL

- Intranasal – Narines**  
(0,1 mL dans chaque  
narine)

PNEUMOCOQUE – VACCIN INJECTABLE

SITE D'INJECTION IM

- Pneumovax<sup>MD</sup> 23 (Pneu-P)**  
*Indiqué chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi que celles de 2 à  
64 ans présentant certaines conditions (voir Fiche indicative).*

- 0,5 mL intramusculaire (IM)

- Bras droit (B.D.)**
- Bras gauche (B.G.)**

Influenza : No de lot : \_\_\_\_\_ Date de péremption : \_\_\_\_\_

Pneumocoque : No de lot : \_\_\_\_\_ Date de péremption : \_\_\_\_\_

- Bris de la chaîne de froid (BCF) : Écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).
- Les informations relatives aux vaccins administrés, incluant les effets secondaires possibles, ont été expliquées à l'usager.
- Une période d'attente de 15 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager.
- <sup>(1)</sup> **Enfant de moins de 9 ans qui n'avait jamais reçu de vaccin contre la grippe** : Rappel pour le rendez-vous de 2<sup>e</sup> dose dans 4 semaines.

Signature de l'injecteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
année - mois - jour

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_

RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES, s'il y a lieu

Description et interventions :

- Appel 911
- Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et acheminé à la DSPublique.

Signature du vaccinateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
année - mois - jour

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ No permis : \_\_\_\_\_