

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? <input type="checkbox"/> Thimérosal <input type="checkbox"/> Gentamicine <input type="checkbox"/> 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 (SGB) 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 ^{MD} (acide acétylsalicylique) ou un médicament quelconque qui en contient?			
13. Êtes-vous enceinte actuellement?			
14. Avez-vous des sécrétions nasales importantes?			
15. Avez-vous reçu un vaccin dans le dernier mois? (Si vaccin vivant, respecter un intervalle de 4 semaines ou donner un vaccin injectable.)			

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^{MD} Tetra**
Usagers de 6 mois et plus, selon les indications du PIQ
- Fluzone^{MD} Quadrivalent**
Usagers de 6 mois et plus, selon les indications du PIQ
- Fluzone^{MD} 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^{re} dose** ⁽¹⁾ 0,5 mL intramusculaire (IM)
- 2^e 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^{MD} Quadrivalent**
Réservé aux enfants de 2 à 17 ans, selon les indications du PIQ.

- 1^{re} dose** ⁽¹⁾ 0,2 mL
- 2^e dose** 0,2 mL

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

PNEUMOCOQUE – VACCIN INJECTABLE

SITE D'INJECTION IM

- Pneumovax^{MD} 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.
- ⁽¹⁾ **Enfant de moins de 9 ans qui n'avait jamais reçu de vaccin contre la grippe** : Rappel pour le rendez-vous de 2^e 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 : _____