

VACCINATION  
CONTRE LA GRIPPE ET LE PNEUMOCOQUE

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE : \_\_\_\_\_  
N.A.M. : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
ID SI-PMI : \_\_\_\_\_

**Ne pas utiliser sans le code à barres.  
S.V.P., commander à l'imprimerie de  
l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.**

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 : \_\_\_\_\_  
 CVM : \_\_\_\_\_  Hôpital Juif de réadaptation : \_\_\_\_\_  
 CHSLD : \_\_\_\_\_  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  Représentant légal  Curateur  Curateur public  Conjoint (marié, union civile, de fait)  Proche parent  
 Parent  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 L'INFLUENZA

\*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

Au besoin, se référer au PIQ ou au Cartable des vaccinoteurs

OUI NON

1. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ Voir section « Vaccin » au verso

2. Femme en âge de procréer : Êtes-vous enceinte actuellement? Si oui, préciser le nombre de semaines \_\_\_\_\_

3. Faites-vous de la fièvre actuellement?

4. Avez-vous une allergie grave au Thimérosal?

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

6. 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)?

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

8. Avez-vous déjà reçu un vaccin contre le pneumocoque? Se référer à la Fiche indicative ou au Cartable des vaccinoteurs

9. 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

10. 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

ÉVALUATION ET CONSENTEMENT

Indication de vaccination :

**Influenza**  OUI  NON, raison : \_\_\_\_\_ **Pneumocoque**  OUI  NON, raison : \_\_\_\_\_

Les informations relatives aux vaccins administrés, incluant les effets secondaires possibles et la conduite à tenir, ont été expliquées à l'usager ou à son représentant légal.

L'usager ou son représentant légal :  Consent à la vaccination  Refuse la vaccination

VACCINATEUR QUI A FAIT L'ÉVALUATION :

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

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

année - mois - jour

VACCINATION  
CONTRE LA GRIPPE ET LE PNEUMOCOQUE

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

N.A.M. : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

ID SI-PMI : \_\_\_\_\_

**Ne pas utiliser sans code à barres.  
SVP, commander à l'imprimer de CSL.**

DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ

INFLUENZA	N° dose	N° de lot Date de péremption	Site d'injection intramusculaire (IM)
<input type="checkbox"/> <b>Flulaval<sup>MD</sup> Tetra 0,5 mL IM</b> <i>Usagers de 6 mois et plus, selon les indications du PIQ</i>			<input type="checkbox"/> Bras droit
<input type="checkbox"/> <b>Fluzone<sup>MD</sup> Quadrivalent 0,5 mL IM</b> <i>Usagers de 6 mois et plus, selon les indications du PIQ</i>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> dose <sup>(1)</sup>		<input type="checkbox"/> Bras gauche
<input type="checkbox"/> <b>Fluzone<sup>MD</sup> Haute dose (HD) Quadrivalent 0,7 mL IM</b> <i>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.</i>	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> dose		<input type="checkbox"/> Cuisse droite
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Cuisse gauche
PNEUMOCOQUE	N° dose	N° de lot Date de péremption	Site d'injection intramusculaire (IM)
<input type="checkbox"/> <b>Pneumovax<sup>MD</sup> 23 (Pneu-P) 0,5 mL IM</b> <i>Indiqué chez les usagers de 65 ans et plus, ainsi que ceux de 2 à 64 ans présentant certaines conditions (voir Fiche indicative).</i>	NA		<input type="checkbox"/> Bras droit
<input type="checkbox"/> Autre :			<input type="checkbox"/> Bras gauche

Bris de la chaîne de froid (BCF) : Écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).

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.

**INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :**

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

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

*année - mois - jour*

**RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES (à compléter obligatoirement le cas échéant)**

Appel 911

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

Description et interventions :

Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

*année - mois - jour*

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

Saisie SI-PMI par (initiales) : \_\_\_\_\_