



FORMULAIRE D'IMMUNISATION

Numéro de dossier		N° ID SI-PMI	
Nom et prénom de l'utilisateur			
Nom et prénom de la mère			
Nom et prénom du père (optionnel)			
Date de naissance	Année	Mois	Jour
		Sexe	
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie		Année	Mo
		Expiration	
Adresse (N°, rue)			
Ville		Code postal	

1. Tous les champs doivent être remplis, dans la mesure où les informations sont disponibles. Le numéro ID SI-PMI est le numéro d'identifiant de l'utilisateur inscrit dans le système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI). **Il est essentiel de saisir correctement ce numéro dans le SI PMI afin d'éviter les doublons.**

INFORMATIONS GÉNÉRALES			
USAGER APTE DE 14 ANS OU PLUS			
Ind. rég.	N° de téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Résidence	Si vous consentez à être joint par courriel, veuillez l'inscrire :
USAGER DE MOINS DE 14 ANS OU USAGER MAJEUR INAPTE			
Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :			
<input type="checkbox"/> Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait)	<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier
<input type="checkbox"/> Proche parent du majeur inapte	<input type="checkbox"/> Tuteur		
Ind. rég.	N° de téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Résidence	Si vous consentez à être joint par courriel, veuillez l'inscrire :

2. Tous les champs doivent être remplis, si les informations sont disponibles.

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION				
ÉLÉMENTS À ANALYSER	OUI	NON	SANS OBJET	PRÉCISIONS
1. Problèmes de santé L'utilisateur a-t-il une condition de santé qui nécessite un suivi médical ou une prise régulière de médicaments et/ou un changement dans son état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Immunodépression L'utilisateur présente-t-il un affaiblissement du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Réactions antérieures L'utilisateur a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? ou a-t-il déjà eu, après l'administration d'un produit immunisant, une réaction assez grave qui a nécessité une consultation médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Troubles de la coagulation L'utilisateur présente-t-il des troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical ou une prise d'anticoagulants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Produit immunisant ou sanguin L'utilisateur a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois? L'utilisateur a-t-il reçu un vaccin vivant atténué dans les 4 dernières semaines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Grossesse Si l'utilisateur est une femme, est-elle actuellement enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Si l'utilisateur est un enfant âgé de moins de six mois, la mère a-t-elle pris, pendant la grossesse, un agent biologique pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex. : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus ou psoriasis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Précaution(s)/contre-indication(s) selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour les produits immunisants à administrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temps de surveillance recommandé après l'administration : <input type="checkbox"/> 15 minutes ou <input type="checkbox"/> 30 minutes				
Précisez au besoin : _____				

3. Le professionnel habilité doit, le cas échéant, analyser les réponses fournies par une autre personnes que lui.

RAISON D'ADMINISTRATION SI REQUISE									
INFLUENZA	<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD	dcaT	<input type="checkbox"/> Femme enceinte (coqueluche)	COVID-19	<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD	MPOX	<input type="checkbox"/> Préexposition - immunodéprimé		
	<input type="checkbox"/> Résident en RPA		<input type="checkbox"/> Autres raisons		<input type="checkbox"/> Résident en RPA		<input type="checkbox"/> Préexposition - non immunodéprimé		
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte	ZONA	<input type="checkbox"/> Immunodéprimé		<input type="checkbox"/> Femme enceinte		<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé	<input type="checkbox"/> Postexposition - immunodéprimé	
<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé	VRS (adultes)	<input type="checkbox"/> Autres raisons	<input type="checkbox"/> Maladie chronique	<input type="checkbox"/> Maladie chronique	<input type="checkbox"/> Postexposition - non immunodéprimé	<input type="checkbox"/> Autres raisons			
<input type="checkbox"/> Maladie chronique		<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD	<input type="checkbox"/> Résident en RPA	<input type="checkbox"/> Autres raisons	<input type="checkbox"/> Autres raisons				
<input type="checkbox"/> Autres raisons	INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ QUI A ANALYSÉ LE QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION								
<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien									
Nom :		Signature :		N° de permis :		Date	Année	Mois	Jour

4. Les raisons d'administration sont classées par ordre de priorité. Une seule raison doit être cochée.

Ex. : un usager ayant une maladie chronique vivant en RPA doit se faire vacciner contre l'influenza, la raison **Résident en RPA** sera la raison d'administration.

Ce document est destiné aux intervenants utilisant le formulaire d'immunisation AS-624.
Il vise à assurer une uniformité dans la saisie des informations.
(Version 2025-03)

Norm et prénom de l'utilisateur	N° de dossier	N° ID SI-PMI
---------------------------------	---------------	--------------

CONSENTEMENT

Les renseignements sur la ou les maladies et sur le ou les produits immunisants, incluant les réactions possibles et la conduite à tenir après l'administration de ceux-ci, ont été donnés à l'utilisateur ou à son représentant légal.

Consent à l'administration du ou des produits immunisants suivants, à la suite de l'analyse du professionnel habilité : _____

Refuse le ou les produits immunisants suivants : _____

Ne s'applique pas

CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :

Usager Autorité parentale Conjoint (marié, union civile ou de fait) Mandataire

Personne qui démontre pour le majeur inapte un intérêt particulier Proche parent du majeur inapte Tuteur

BUREAU DE SANTÉ :

L'administration du ou des produits immunisants découle d'une recommandation du bureau de santé :

Je consens à ce que mes informations soient acheminées au bureau de santé

INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT :

Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

Nom :	Signature :	N° de permis :	Date	Année	Mois	Jour
-------	-------------	----------------	------	-------	------	------

Nom du témoin si le consentement est obtenu par téléphone :

5. Le PIQ fournit les informations, à la section [Consentement à la vaccination](#).

Aucun consentement ni refus signé n'est exigé.

Ne s'applique pas, dans le cas où l'utilisateur n'a pas besoin d'immunisation.

En cas de consentement obtenu par téléphone, la présence d'un témoin, autre que le [professionnel habilité](#), est obligatoire. Le nom du témoin doit être consigné.

DÉTAIL DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

Date (année, mois, jour)	Heure (00 :00)	Nom du produit immunisant	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration					Site d'administration				Initiales	
					Intra-musculaire	Sous-cutanée	Orale	Intra-nasale	Intra-dermique	Bras gauche	Bras droit	Cuisse gauche	Cuisse droite		Autre
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS): Saisie SI-PMI

INFORMATIONS SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES PRODUITS IMMUNISANTS :

Nom :	Initiales :	Signature :	Profession (précisez) :	N° de permis :
Nom :	Initiales :	Signature :	Profession (précisez) :	N° de permis :

6. Le [professionnel habilité](#) à l'obligation d'inscrire les produits immunisants requis pour l'utilisateur.

Les initiales de l'intervenant qui administre le produit doivent être inscrites.

Comme le prévoit la [loi](#), il est obligatoire de saisir toute immunisation dans le SI-PMI dans les 2 jours ouvrables suivant l'administration du produit.

Notes :

7. Toute information additionnelle jugée pertinente doit être consignée.