



DT9225

## FORMULAIRE D'IMMUNISATION

Numéro de dossier					
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		
			Mois		
Adresse (N°, rue)			Expiration		
Ville			Code postal		

INFORMATIONS GÉNÉRALES					
<b>Usager apte de 14 ans ou plus</b>					
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	N° téléphone (autre)	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :					
<b>Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte</b>					
Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :				Adresse courriel :	
<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 résidence	Ind. rég.	N° téléphone (autre)	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Travail

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION					
	ÉLÉMENTS À ÉVALUER PAR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À PROCÉDER À LA VACCINATION	OUI	NON	S.O. ou NSP	PRÉCISIONS
1.	<b>Problèmes de santé</b> L'utilisateur présente-t-il actuellement un changement dans son état de santé (par rapport à son état habituel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Immunodépression</b> 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.	<b>Réactions antérieures</b> 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 vaccin, une réaction assez grave qui a nécessité une consultation médicale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Troubles de la coagulation</b> 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.	<b>Produit immunisant ou sanguin</b> L'utilisateur a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<b>Grossesse</b> 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 (ex. : Enbrel, Remicade, Humira) 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"/>	

Légende: S.O. : Sans objet  
NSP : Ne s'applique pas

RAISON D'ADMINISTRATION							
<b>INFLUENZA</b>	<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD	<b>dcaT</b>	<input type="checkbox"/> Femme enceinte (coqueluche)	<b>COVID-19</b>	<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD	<b>MPOX</b>	
	<input type="checkbox"/> Résident en RPA		<input type="checkbox"/> Autres raisons		<input type="checkbox"/> Résident en RPA		
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte	<b>ZONA</b>	<input type="checkbox"/> Immunodéprimé		<input type="checkbox"/> Femme enceinte		<input type="checkbox"/> Préexposition - immunodéprimé
	<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé		<input type="checkbox"/> Autres raisons		<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé		<input type="checkbox"/> Préexposition - non immunodéprimé
<input type="checkbox"/> Maladie chronique			<input type="checkbox"/> Maladie chronique	<input type="checkbox"/> Postexposition - immunodéprimé			
<input type="checkbox"/> Autres raisons			<input type="checkbox"/> Autres raisons	<input type="checkbox"/> Postexposition - non immunodéprimé	<input type="checkbox"/> Autres raisons		

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

**CONSENTEMENT/DÉCISION**

- Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir après la vaccination ont été donnés à l'utilisateur ou à son représentant légal.
- Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.
- Un temps de surveillance de 30 minutes sera observé après la vaccination.

**DÉCISION****L'utilisateur ou son représentant légal :**

- Consent à la vaccination (ajoutez un commentaire si nécessaire) : \_\_\_\_\_
- Refuse le ou les vaccins suivants : \_\_\_\_\_
- A la contre-indication suivante : \_\_\_\_\_
- Ne s'applique pas

**LA VACCINATION DÉCOULE D'UNE RECOMMANDATION DU BUREAU DE SANTÉ****Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé**

- Consent à ce que ses informations soient acheminées au bureau de santé

**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

**INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT**

- Infirmière  Médecin  Inhalothérapeute  Sage-femme  Pharmacien

Nom :

Signature :

N° de permis :

**CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE****(Remplir cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)**

<b>Signature du professionnel</b> <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour
		Année	Mois	Jour
<b>Nom du témoin :</b>	<b>Date</b>	Année	Mois	Jour

**DÉTAIL DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS**

Date de vaccination (année, mois, jour)	Heure de vaccination (00 :00)	Nom du produit immunisant (vaccin)	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration					Site d'administration				
					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 VACCINATION :****INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN**

Nom :

Signature :

Profession (précisez) :

N° de permis :

Notes :

---



---



---



---