



Nom et prénom de l'utilisateur				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Âge
N° d'assurance maladie		Expiration		Année Mois
Adresse (numéro, rue)				
Ville			Code postal	
Ind.rég.	N° téléphone (résidence)	Ind. rég.	N° téléphone (autre)	

## VACCINATION CONTRE LA RAGE EN POSTEXPOSITION FORMULAIRE DE RECOMMANDATION

RIG + VCDH 4 doses     RIG + VCDH 5 doses     VCDH 2 doses

150 UI/ml     300 UI/ml

Poids objectivé : \_\_\_\_\_ kg

Raisons motivant la recommandation	

IMMUNOGLOBULINES ANTIRABIIQUES (RIG)								
Jour	Date prévue Année, mois, jour	Dose à administrer* (20 UI/kg)	Voie**	Dose à administrer (ml)	Nom/ Numéro de lot***	Installation	Date Année, mois, jour	Signature / N° de permis
0		UI	Plaie					
		soit :						
		ml	I.M.					

\* Si concentration de **150 UI/ml (fiolo de 2 ml)**: 20 UI x poids en kg ÷ 150 UI/ml = dose à administrer en ml.

Si concentration de **300 UI/ml (fiolo de 1 ml)**: 20 UI x poids en kg ÷ 300 UI/ml = dose à administrer en ml.

\*\* Infiltrer la plus grande quantité possible d'immunoglobulines autour et dans la plaie. Le reste doit être administré par voie IM dans le muscle fessier antérieur, dans le muscle vaste externe ou le deltoïde (≥ 12 mois seulement).

\*\*\* Des produits de deux lots différents ne peuvent être mélangés dans une même seringue.

VACCIN ANTIRABIIQUE Posologie : tout le contenu de la fiolo								
Jour	Date prévue Année, mois, jour	Voie	Site de l'injection	Nom/ Numéro de lot	Installation	Date Année, mois, jour	Signature / N° de permis	
0		I.M.						
3		I.M.						
7		I.M.						
14		I.M.						
28*		I.M.						

\* La cinquième dose est recommandée uniquement chez les personnes immunodéprimées. Consulter le PIQ pour plus d'information.

### NE JAMAIS UTILISER LE MUSCLE DORSOFESSIER POUR L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN

Il est important de respecter l'intervalle minimal entre les doses et de modifier le calendrier de vaccination en conséquence si la personne se présente à une date ultérieure à celle qui était prévue.

Recommandation faite par :					Date
Prénom et nom (en lettres moulées)	Signature	N° de permis	Ind. rég.	N° de téléphone	Année, mois, jour