



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					
Usager apte de 14 ans ou plus					
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	N° téléphone (autre)	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :					
Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte					
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.	Problèmes de santé 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.	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 vaccin, 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?	<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 (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							
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"/> Résident en RPA		<input type="checkbox"/> Autres raisons		<input type="checkbox"/> Résident en RPA		
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte	ZONA	<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	<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)**

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

LIEU DE VACCINATION :**INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN**

Nom :

Signature :

Profession (précisez) :

N° de permis :

Notes :