



DT9225

## FORMULAIRE D'IMMUNISATION

Nom de l'utilisateur					
Prénom de l'utilisateur					
Date de naissance		Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
Expiration					
Adresse (numéro, rue)					
Ville				Code postal	

INFORMATIONS GÉNÉRALES		
<b>Parent 1</b>	Nom	Prénom
<b>Parent 2</b>	Nom	Prénom
<b>Tuteur</b>	Nom	Prénom

Coordonnées téléphoniques					
Ind. rég.	Numéro	Autre	Ind. rég.	Numéro	N° de poste
Résidence		<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail			

INFORMATION SUR LE VACCINATEUR	
Nom du vaccinateur	
Profession :	N° de permis
<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Sage-femme	
<input type="checkbox"/> Inhalothérapeutes <input type="checkbox"/> Pharmaciens	
Lieu de vaccination	

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du vaccinateur)	
Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin :	Profession : <input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ N° de permis

RAISONS D'ADMINISTRATION POUR LE VACCIN DE L'INFLUENZA/dcaT/COVID-19	
<b>Influenza</b>	<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD public/privé
	<input type="checkbox"/> Femme enceinte
	<input type="checkbox"/> Maladie chronique
	<input type="checkbox"/> Autres raisons : _____
<b>dcaT</b>	<input type="checkbox"/> Femme enceinte (Coqueluche)
	<input type="checkbox"/> Autres raisons : _____
<b>COVID-19</b>	<input type="checkbox"/> Résident en CHSLD public/privé
	<input type="checkbox"/> Résident en RPA
	<input type="checkbox"/> Femmes enceintes
	<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé
	<input type="checkbox"/> Malades chroniques
	<input type="checkbox"/> Autres : _____

DÉTAIL DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS													
Date de vaccination (année, mois, jour)	Nom du produit immunisant (vaccin)	N° de lot	Quantité/unité	Voie d'administration					Site d'administration				
				Intra-musculaire	Sous-cutané	Oral	Intra-nasal	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>