



DT9225

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

INFORMATIONS GÉNÉRALES

USAGER APTE DE 14 ANS OU PLUS

Ind. rég. N° de téléphone Cellulaire 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) :

Autorité parentale Conjoint (marié, union civile ou de fait) Mandataire Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier
 Proche parent du majeur inapte Tuteur

Ind. rég. N° de téléphone Cellulaire Résidence Si vous consentez à être joint par courriel, veuillez l'inscrire :

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 (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"/>	
8.	Précaution(s)/contre-indication(s) selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour le/les produits immunisants à administrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Temps de surveillance recommandé après l'administration : 15 minutes ou 30 minutes

Précisez au besoin : _____

RAISON D'ADMINISTRATION SI REQUISE

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

INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ QUI A REMPLI LE QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

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

Nom 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 :

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"/>										

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 :

Notes :
