

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA Saison 2018-2019

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____
JJ / MM / AA

Courriel : _____ RAMQ : _____

(Je consens à ce que Service de santé Marleen Tassé me fasse parvenir son Infolettre.)

Chez les enfants âgés de moins de 9 ans qui n'ont jamais reçu de vaccin contre la grippe saisonnière, il est important de noter que 2 doses sont nécessaires, et ce, à 4 semaines d'intervalle.

- Non, ce n'est pas la première fois que je reçois le vaccin contre la grippe
- Oui, c'est la première fois. Je comprends qu'il faut un deuxième vaccin contre la grippe dans 1 mois

Rendez-vous dans 1 mois : _____

***** À compléter le jour même de la vaccination *****

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION ET CONSENTEMENT	OUI	NON
Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?		
Est-ce que vous présentez un état d'immunodéficience ? (Leucémie, chimiothérapie, etc.)		
Avez-vous été atteint d'un syndrome oculorespiratoire (SOR) lors de votre dernier vaccin contre la grippe? (ex : difficulté à respirer, rougeur aux yeux)		
Avez-vous été atteint du syndrome Guillain et Barré (SGB), dans les 6 semaines suivant un vaccin contre la grippe? (ex : faiblesse des membres inférieurs et supérieurs - paralysie)		
Est-ce que vous avez déjà eu une allergie assez grave pour nécessiter immédiatement des soins médicaux ? Si oui, laquelle ?		
Êtes-vous enceinte ?		
Avez-vous reçu de l'information verbale ou écrite sur le vaccin / effets secondaires ?		

Engagement :

J'atteste que j'ai reçu et lu toutes les informations concernant le vaccin.

J'ai été informé(e) que je dois **rester en observation 15 minutes après la réception du vaccin** au cas où il y aurait une réaction allergique.

Si je quitte avant la fin du temps requis, **j'en assume l'entière responsabilité** et dégage ainsi l'infirmière et Service de santé Marleen Tassé de toute responsabilité.

Signature du client : _____ Date : _____

JJ / MM / AA

*****À REMPLIR SEULEMENT POUR VACCIN INTRA-NASAL *****

**QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION FLUMIST
(2 à 59 ans)**

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION ET CONSENTEMENT	OUI	NON
Souffrez-vous d'asthme grave ou avez-vous consulté un médecin dans les 7 derniers jours pour des problèmes respiratoires?		
Vivez-vous sous le même toit ou êtes-vous en contact étroit avec une personne gravement malade? (ex : leucémie, greffe)		
Avez-vous reçu un autre vaccin dans les 4 dernières semaines ?		
Prenez-vous de l'Aspirine ou des médicaments qui en contiennent?		

Sachez que la vaccination contre l'influenza avec le vaccin Flumist peut interagir avec d'autres médicaments et vaccins pris subséquemment dans les 4 semaines suivantes. Si par la suite vous consultez un professionnel de la santé, il faudra l'aviser de la réception de ce vaccin.

Je consens à recevoir le vaccin : _____ Date : _____
Signature du client JJ / MM / AA

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

NOTES ÉVOLUTIVES-IMMUNISATION

Premier vaccin

() Vaccin Fluzone 0,5ml IM Deltoïde gauche () Deltoïde droit () # lot : **UJ005AA**

() Vaccin Flumist intranasal # lot : **KK2346**

- Avisé(e) de rester 15 min. Oui () Non ()
- Heure à laquelle le vaccin a été administré : ____h____

REMARQUES : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____
JJ / MM / AA

NOTES ÉVOLUTIVES-IMMUNISATION

Deuxième vaccin

Changements de santé : Non Oui Description _____

() Vaccin Flulaval Tetra 0,5ml IM Deltoïde gauche () Deltoïde droit () # lot : **UJ005AA**

() Vaccin Flumist intranasal # lot : **KK2346**

- Avisé(e) de rester 15 min. Oui () Non ()
- Heure à laquelle le vaccin a été administré : ____h____

REMARQUE : _____

Signature de l'infirmière: _____ Date : _____
JJ / MM / AA