

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : () _____

Je consens à recevoir des messages électroniques pour mes résultats de laboratoire, pour confirmer un rendez-vous, pour me rappeler la période de vaccination contre la grippe ou pour m'aviser d'un nouveau service. Mes renseignements seront utilisés seulement par la Clinique Vaccination Rive-Sud. Il sera toujours possible de me retirer de la liste d'envoi. _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____ Assurance maladie : _____
Année/mois/jour

Questionnaire de santé	OUI/NON
1. Vous avez déjà reçu un vaccin contre la grippe antérieurement ?	O / N
2. Avez-vous reçu un vaccin contre la pneumonie ?	O / N
Lequel ? <input type="checkbox"/> Pneumovax (gratuit +65 ans), <input type="checkbox"/> Prevnar 13 (\$)	
3. Malaise avec ou sans fièvre dans les 10 derniers jours ?	O / N
4. Avez-vous des problèmes de santé ? Lesquels ? Inscrire vos médicaments :	O / N
5. Avez-vous déjà eu une réaction suite à un vaccin ? Si oui quel vaccin, quel genre de réaction ? S.O.R., Guillain et Barré	O / N
6. Mangez-vous des œufs ou ses dérivés ?	O / N
7. Avez-vous des allergies graves à la néomycine, thimérosal, latex, œuf ?	O / N
8. Êtes-vous enceinte ou pensez le devenir durant le prochain mois ?	O / N
9. Je déclare avoir pris connaissance des réactions possibles suite à la vaccination (sensibilité, légère fièvre, malaise, douleurs musculaire pour 24-48hres possible) et connaître les instructions à suivre en cas de réactions (serviette humide au site d'injection, tyléol au besoin et consulter médecin selon la gravité des symptômes)?	O / N
Noter : Un enfant de 9 ans et moins qui reçoit le vaccin contre la grippe	Initiale du client :
pour la première fois doit avoir 2 doses à 4 sem intervalle.	Initiale de l'infirmière :

2014-15 : Vaccins à 3 ou 4 souches : A/California/7/2009 (H1N1) A/Texas/50/2012 (H3N2) et B/Massachusetts/2/2012 (4 souches +B/Brisbane/60/2008)

Signature du client

Date

Section réservée pour l'infirmière

Vaccins	No. Lot	Site	Date	Signature inf.
(3 souches)Vaxigrip / Fluoviral Agriflu/ Influxac 0,5cc I.M.	G12T, 147902			
(4 souches) Fluzone 0.5cc I.M.	UI200AA			
Flumist intranasale				
Zostavax 0.65cc I.M				
Prevnar13 0.5cc I.M	H45629,H05004			
Pneumovax23 0.5cc I.M				

Payant	60ans et +	24m-59ans Probl. de santé	6-23 mois	Contact domicile	2 ^e ou 3 ^e enceinte	Privé ou public
--------	------------	------------------------------	-----------	---------------------	--	--------------------