

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____ Ville : _____
 Code Postal : _____ Téléphone : () _____
 Courriel : _____

- 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.** _____ (Initiales)

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

SECTION À REMPLIR PAR L'USAGER

1. Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe saisonnière? Oui _____ Non _____
 (Pour les moins de 9 ans, qui reçoivent le vaccin contre la grippe pour la première fois, doivent recevoir 2 doses à 4 sem intervalle)

2. Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque? Oui _____ Non _____
 SI OUI, date à laquelle vous avez reçu le vaccin ____/____/____ Lequel : _____

3. Vous sentez vous malade aujourd'hui? Oui _____ Non _____

4. Après l'ingestion d'œufs, avez-vous présenté une allergie assez grave ayant nécessité immédiatement des soins médicaux? Oui _____ Non _____

5. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ou vous rendre à l'hôpital? Oui _____ Non _____

6. Je déclare avoir pris connaissance des réactions possibles suite à la vaccination (sensibilité, légère fièvre, malaise, douleurs musculaires pour 24-48hres possible) et connaître les instructions à suivre en cas de réactions (serviette humide au site d'injection, tylenol au besoin et consulter médecin selon la gravité des symptômes) Oui _____ Non _____

Signature de l'utilisateur : _____ **Date :** ____/____/____
 (Si moins de 14 ans: Signature du Père _____ ou Mère _____)

2016-17 : Vaccins à 3 ou 4 souches : A/California/7/2009 (H1N1)pdm09 A/Hong Kong/4801/2014/(H3N2) B/Phuket/3073/2013 B/Brisbane/60/2008

SECTION RÉSERVÉ A L'INFIRMIÈRE

Vaccins	No. Lot	Site	Date	Signature inf.
(3 souches) Fluviral /Agriflu/ Influvac 0,5cc I.M.	2K9TB/ L20T/ BK2DM			
(4 souches) Fluzone / Flulaval- tetra 0.5cc I.M.	24B37/ UI640AA/ UI640AC			
Flumist intranasale	HK2092			
Zostavax 0.65cc I.M				
Prenar13 0.5cc I.M				
Pneumovax23 0.5cc I.M				

Payant	60ans et +	24m-59ans Problème de santé	6-23 mois	Contact domicile	<u>2^e</u> ou 3 ^e trimestre <u>enceinte</u>	Privé ou public
--------	------------	-----------------------------------	-----------	---------------------	--	--------------------