

Formulaire d'évaluation clinique : vaccin injectable contre l'influenza
À COMPLÉTER OU À PLAQUER AVEC L'ADRESSOGRAPHE

NOM : _____
(Écrire en lettres majuscules)
NUMÉRO D'EMPLOYÉ : _____

NUMÉRO RAMQ OBLIGATOIRE: _____

CHU DE QUÉBEC CIUSSS

COCHER LE SITE DE VOTRE VACCINATION :

CHUL HEJ L'HDQ
 HSS HSFA

À COMPLÉTER SI VOUS N'AVEZ PAS DE CARTE RAMQ :
DOCUMENT FOURNI : _____
RÉFÉRENCE : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ JJ / ____ MM / ____ AAAA ____
TÉL POUR REJOINDRE :

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES :

Contre-indications absolues	Oui	Non
1. Faites-vous de la fièvre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylactique) suivant l'administration du même vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà fait une allergie grave (anaphylactique) au thimérosal (<i>agent de conservation</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contre-indications relatives		
1. Avez-vous déjà développé un syndrome de Guillain-Barré dans les six semaines suivant une vaccination contre la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous présenté un syndrome oculorespiratoire (SOR) qui comportait des symptômes respiratoires graves (Ex : difficulté à respirer, respiration sifflante, oppression thoracique) lors de votre dernière vaccination contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administration du vaccin selon la règle de soins		
1. Prenez-vous des anticoagulants oraux? Si oui , appliquer une pression ferme au point d'injection pendant 2 min; sans frotter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VACCINATION Éligible à la vaccination Report de la vaccination Vaccination contre-indiquée

VACCIN : Fluzone Quadrivalent Flulaval Tetra Afluria Tetra Autre : _____

QUANTITÉ : 0,50 ml VOIE : IM SITE D'INJECTION : Bras Droit Bras Gauche

LOT/EXP :	LETTRES MAJUSCULES NOM ET PRÉNOM DU VACCINATEUR Numéro de permis
DATE : _____ HEURE : _____	

IMPORTANT : Retournez le formulaire complété par courrier interne au SSSQVT HSFA- local B0-522