



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

VACCINATION 0-5 ANS

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Langue : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre : _____

AUTORISATION PARENTALE OU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom/prénom de la personne qui l'accompagne (en lettres moulées) : _____

Lien de parenté : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX pour l'usager à vacciner	OUI	NON
Avez-vous noté un changement dans l'état général de l'enfant à vacciner aujourd'hui?	☐	☐
Est-ce que l'enfant à vacciner a déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin? Lequel : _____	☐	☐
Est-ce que l'enfant à vacciner souffre de troubles de coagulation?	☐	☐
Est-ce que l'enfant à vacciner présente un état d'immunodéficience?	☐	☐
Est-ce que l'enfant à vacciner a contracté la varicelle après l'âge d'un an?	☐	☐
Est-ce que l'enfant à vacciner a reçu une transfusion sanguine <u>ou</u> une injection d'immunoglobulines <u>ou</u> un vaccin au cours des 11 derniers mois? Quel produit? _____	☐	☐
Est-ce que l'enfant a déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Précisez : _____	☐	☐
Pour un enfant qui est âgé de 6 mois et moins : Est-il né prématurément à moins de 32 semaines ou à moins de 1500 g?	☐	☐
Est-ce que la mère a pris, pendant sa grossesse, un agent biologique (ex. : Enbrel, Rémicade, Humira) pour le traitement d'une maladie auto-immune?	☐	☐

VACCINS À ADMINISTRER suite à l'évaluation de l'infirmière

Lieu de dispensation de service (LDS) :

☐ CLSC Châteauguay

☐ CLSC JdQ Napierville

☐ CLSC JdQ St-Rémi

☐ CLSC Kateri

☐ Autre :

☐ CLSC Huntingdon

☐ CLSC St-Chrysostome

☐ CLSC Beauharnois

☐ CLSC Valleyfield

☐ CLSC Coteau-du-Lac

☐ CLSC Rigaud

☐ CLSC St-Polycarpe

☐ CLSC Vaudreuil-Soulanges

À remplir par le vaccinateur

AGENT	NO DE LOT	NOM COMMERCIAL	QTÉ	VOI E	SITE D'ADMINISTRATION
☐ DCaT-HB-VPI-Hib		Infanrix-hexa	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ DCaT-VPI-Hib		☐ Infanrix-IPV-Hib ☐ Pédiacel	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ dcaT-VPI		☐ Boostrix-Polio ☐ Adacel-Polio	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G
☐ Men-C-C		☐ Menjugate ☐ Meningitec ☐ Neisvac-C	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G
☐ Pneu-C		☐ Prevnar 13 ☐ Vaxneuvance ☐ Prevnar 20 ☐ Synflorix	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ Rota		☐ Rotarix ☐ RotaTeq	1,5 mL	PO	Oral ☐
☐ RRO		☐ MMR II ☐ Priorix	0,5 mL	SC	Bras ☐ D ☐ G
☐ RROVar		☐ Priorix-Tetra ☐ Pro-Quad	0,5 mL	SC	Bras ☐ D ☐ G
☐ Var		Varivax III	0,5 mL	SC	Bras ☐ D ☐ G
☐ dcaT		☐ Boostrix ☐ Adacel	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G
☐ HAHB junior		Twinrix	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ HB junior		☐ Engérix B ☐ Recombivax	☐ 0,25 mL ☐ 0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ HA ☐ junior		☐ Vaqta ☐ Havrix ☐ Avaxim	☐ 0,5 mL ☐ 1,0 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G
☐ VPI		Imovax Polio	0,5 mL	SC	Bras ☐ D ☐ G
☐ Pneu-P		Pneumovax	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G
☐ TCT		Tubersol	0,1 mL	ID	Bras ☐ D ☐ G
☐ Men-C-ACYW135		☐ Menveo ☐ Menactra ☐ Nimenrix	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G
☐ HIB		Act-Hib	0,5 mL	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ INFLUENZA			0,5 mL		Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
☐ Sucrose	☐ 1-2 _____ mL ☐ 3 _____ mL flacc _____				Réaction : _____
☐ Ac-VRS		☐ Beyfortus (nirsévimab) 50 mg ☐ Beyfortus (nirsévimab) 100 mg	☐ 0,5 mL ☐ 1,0 mL	IM	Cuisse ☐ D ☐ G
☐ Autre _____					Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G
Alimentation de l'enfant : ☐ Lait maternel ☐ Lait non humain ☐ Autres liquides ☐ Solides					
Note : _____					
☐ Les informations relatives aux vaccins administrés, incluant les effets secondaires possibles, ont été expliquées au client. ☐ Consentement verbal obtenu.					
Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____					
Signature du vaccinateur : _____ No permis : _____ Date : ____/____/____ Heure : ____:____					

☐ Saisie SI-PMI Initiales : _____

Dossier de l'utilisateur
Page 2 de 2