



MOCLI60657A

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

VACCINATION 0-5 YEARS OF AGE

Address: _____

City: _____ Postal code: _____

Telephone number: _____ Language: ☐ French ☐ English ☐ Other: _____

AUTHORIZATION BY PARENT OF LEGAL REPRESENTATIVE

Full name of the accompanying person (please print):

Relationship: ☐ Mother ☐ Father ☐ Legal representative

MEDICAL INFORMATION for user being vaccinated	YES	NO
Have you noticed any changes in the health of the child to be vaccinated today?	☐	☐
Has the child to be vaccinated ever had a severe allergic reaction to a vaccine? If yes, which one: _____	☐	☐
Does the child to be vaccinated have any blood coagulation problems?	☐	☐
Does the child to be vaccinated have an immunodeficiency?	☐	☐
Did the child to be vaccinated have chickenpox after the age of one year?	☐	☐
Has the child to be vaccinated had a blood transfusion, an immunoglobulin injection or a vaccine in the past 11 months? If yes, which product? _____	☐	☐
Has the child to be vaccinated ever had a severe allergic reaction that required emergency medical care? If yes, specify: _____	☐	☐
For babies age 6 months or less:	☐	☐
Was the baby born before 32 weeks or weighing less than 1,500 g?	☐	☐
Did the mother take a biological agent (e.g., Enbrel, Remicade, Humira) during pregnancy for the treatment of an autoimmune deficiency?	☐	☐

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	VOIE	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 : _____