Santé et Services sociaux Québec

DT9225

FORMULAIRE D'IMMUNISATION

Numéro de dossier	N° ID SI-PMI
Nom et prénom de l'usager	
Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père (optionnel)	
Date de naissance — Année / Mois / Jour	Sexe ☐ M ☐ F
N° d'assurance maladie	Expiration — Année / Mois
Adresse (N°, rue)	
Ville	Code postal

INFORMATIONS GÉNÉRALES

USAGER APTE DE 14 ANS OU PLUS

Ind. rég. N° de téléphone ☐ Cellulaire ☐ Résidence	Si vous consentez à être joint par courriel, veuillez l'inscrire :

USAGER DE MOINS DE 14 ANS OU USAGER MAJEUR INAPTE

Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :

☐ Autorité parentale ☐ Conjoint (marié, union civile ou de fait) ☐ Mandataire ☐ Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier
☐ Proche parent du majeur inapte ☐ Tuteur

Ind. rég. N° de téléphone ☐ Cellulaire ☐ Résidence	Si vous consentez à être joint par courriel, veuillez l'inscrire :

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION

	ÉLÉMENTS À ANALYSER	OUI	NON	SANS OBJET	PRÉCISIONS
1.	**Problèmes de santé** L'usager a-t-il une condition de santé qui nécessite un suivi médical ou une prise régulière de médicaments et/ou un changement dans son état de santé?	☐	☐	☐	
2.	**Immunodépression** L'usager présente-t-il un affaiblissement du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?	☐	☐	☐	
3.	**Réactions antérieures** L'usager a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? ou a-t-il déjà eu, après l'administration d'un produit immunisant, une réaction assez grave qui a nécessité une consultation médicale?	☐	☐	☐	
4.	**Troubles de la coagulation** L'usager présente-t-il des troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical ou une prise d'anticoagulants?	☐	☐	☐	
5.	**Produit immunisant ou sanguin** L'usager a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois? L'usager a-t-il reçu un vaccin vivant atténué dans les 4 dernières semaines?	☐	☐	☐	
6.	**Grossesse** Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte?	☐	☐	☐	
7.	Si l'usager est un enfant âgé de moins de six mois, la mère a-t-elle pris, pendant la grossesse, un agent biologique pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex. : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus ou psoriasis)?	☐	☐	☐	
8.	Précaution(s)/contre-indication(s) selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) pour le/les produits immunisants à administrer.	☐	☐	☐	

Temps de surveillance recommandé après l'administration : ☐ 15 minutes ou ☐ 30 minutes

Précisez au besoin : _____

RAISON D'ADMINISTRATION SI REQUISE

INFLUENZA
- ☐ Résident en CHSLD
- ☐ Résident en RPA
- ☐ Femme enceinte
- ☐ Travailleur de la santé
- ☐ Maladie chronique
- ☐ Autres raisons

dcaT
- ☐ Femme enceinte (coqueluche)
- ☐ Autres raisons

ZONA
- ☐ Immunodéprimé
- ☐ Autres raisons

VRS (adultes)
- ☐ Résident en CHSLD
- ☐ Résident en RPA
- ☐ Autres raisons

COVID-19
- ☐ Résident en CHSLD
- ☐ Résident en RPA
- ☐ Femme enceinte
- ☐ Travailleur de la santé
- ☐ Maladie chronique
- ☐ Autres raisons

MPOX
- ☐ Préexposition - immunodéprimé
- ☐ Préexposition - non immunodéprimé
- ☐ Postexposition - immunodéprimé
- ☐ Postexposition - non immunodéprimé
- ☐ Autres raisons

INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ QUI A ANALYSÉ LE QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ Inhalothérapeute ☐ Sage-femme ☐ Pharmacien

Nom :	Signature :	N° de permis :	Date — Année / Mois / Jour

Nom et prénom de l'usager	N^{O} de dossier	N° ID SI-PMI

CONSENTEMENT

☐ Les renseignements sur la ou les maladies et sur le ou les produits immunisants, incluant les réactions possibles et la conduite à tenir après l'administration de ceux-ci, ont été donnés à l'usager ou à son représentant légal.

☐ Consent à l'administration du ou des produits immunisants suivants, à la suite de l'analyse du professionnel habilité : _____

_____

☐ Refuse le ou les produits immunisants suivants : _____

☐ Ne s'applique pas

CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :

☐ Usager ☐ Autorité parentale ☐ Conjoint (marié, union civile ou de fait) ☐ Mandataire

☐ Personne qui démontre pour le majeur inapte un intérêt particulier ☐ Proche parent du majeur inapte ☐ Tuteur

BUREAU DE SANTÉ :

L'administration du ou des produits immunisants découle d'une recommandation du bureau de santé :

☐ Je consens à ce que mes informations soient acheminées au bureau de santé

INFORMATIONS SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT :

☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ Inhalothérapeute ☐ Sage-femme ☐ Pharmacien

Nom :	Signature :	N° de permis :	**Date**	Année	Mois	Jour

Nom du témoin si le consentement est obtenu par téléphone :

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

Date (année, mois, jour)	Heure (00 :00)	Nom du produit immunisant	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration					Site d'administration					Initiales
					Intra-musculaire	Sous-cutanée	Orale	Intra-nasale	Intra-dermique	Bras gauche	Bras droit	Cuisse gauche	Cuisse droite	Autre	
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS): ☐ Saisie SI-PMI

INFORMATIONS SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES PRODUITS IMMUNISANTS :

Nom :	Initiales :	Signature :	Profession (précisez) :	N° de permis :
Nom :	Initiales :	Signature :	Profession (précisez) :	N° de permis :

Notes :