


CLINIQUE
VACCINATION RIVE-SUD Inc.

450-652-0909 (Varenes, Longueuil) ou 450-250-9009 (St-Hyacinthe)

Date du jour: ____/____/____ (AAAA/MM/JJ) Date de naissance : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

Nom de fille: _____ Prénom : _____

FEMME SEULEMENT

Êtes-vous enceinte ou pensez le devenir? (Depuis combien de semaine?) _____ Allaitiez-vous?

Avez-vous actuellement de la fièvre ou une infection? Oui NON

Problème(s)	Diagnostic (Encercler)	OUI	NON	Médications – À COMPLÉTER
Cardiaque Circulatoire	Stimulateur ♥, arythmie, coagulation Cholestérol, Hypertension,			Coumadin
Rénaux Hormonale	Greffe du rein, Clairance créatinine- Diabète, Thyroïde			Insuline
Sanguin Immunitaire	Anémie, maladie du sang Cancer du _____ Arthrite, sclérose en plaque, VIH Greffé du _____ Maladie du thymus, ablation rate			Reçu produit sanguin durant la dernière année, chimio, radio Immunosuppresseur, Ex. Méthotrexate
Pulmonaire	Asthme sévère, tuberculose			Fortes doses de cortisone
Digestif Intestin Foie	Diminution acide gastrique Crohn, colite, colon irritable Hépatite A, B, C..., cirrhose			
Peau Oeil	Psoriasis léger ou généralisé Rétinopathie, décollement de la rétine			
Allergies	Latex, gélatine, Néomycine, Thimérosale, oeuf,			Épipen
Nerveux et Autres...	Dépression présente ou dans le passé, trouble anxieux, épilepsie,			Antidépresseur

CONSENTEMENT

- Je déclare que toutes les informations sont vraies et je comprends qu'une omission de ma part peut être nuisible pour ma santé
- Par la présente, j'autorise la Clinique Vaccination Rive-Sud et l'infirmière à procéder à l'immunisation requise pour la mise à jour des vaccins de base ou pour mon éventuel voyage à l'étranger.
- Je déclare avoir pris connaissance des risques potentiels associés aux procédures d'immunisation, avoir reçu une réponse à mes questions et avoir les instructions à suivre en cas de réaction secondaire.

Signature : _____ Date : ____/____/____ (AAAA/MM/JJ)

Note : La plupart des vaccins sont bien tolérés. Cependant, vous pourriez ressentir de la douleur, de la raideur et de l'enflure au site de l'injection. D'autres réactions adverses pourraient inclure un mal de tête, de la fièvre, de la fatigue et des douleurs musculaires. Comme pour tout vaccin, une réaction allergique ou anaphylactique pourrait se produire.

Après avoir reçu un vaccin, veuillez attendre 20 minutes avant de quitter la clinique.

BUT DU VOYAGE: Plage Aide humanitaire Affaire Étude Adoption
 Hors circuit Circuit guidé Visite chez de la famille Autre : _____

DESTINATION (VILLE ET PAYS)	DÉPART	DURÉE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ACTIVITÉS :

Plage Excursions de soir Plongée avec bouteille Trekking Autre : _____
 Altitude/escalade Relations sexuelles Rafting Vétérinaire/Contact avec des animaux

CONDITIONS SANITAIRES :

Hôtel : 4-5 étoiles 1-3 étoiles Maison locale Camping Croisière Famille

JE DÉSIRE DES IFORMATIONS VOYAGE SUR :

TOUT ou Alimentation Eau Diarrhée Malaria-Dengue Soleil
 Trousse médicale Sécurité du voyage Autre : _____

SECTION DE L'INFIRMIÈRE

**INFORMATIONS DONNÉES ET REMISES (dépliants maison sur le voyage)
SUR LES RECOMMANDATIONS EN PRÉVENTION SANTÉ VOYAGE :**

TOUT ou Alimentation Eau, Diarrhée Malaria-Dengue Soleil Médication
 Trousse médicale Sécurité du voyage Vaccins Autre : _____

- **Étude du carnet de vaccination du client**
- **Vaccins proposés (voir plan dans la section vaccins)**
- **Enseignement fait sur les vaccins proposés, effets secondaires possibles et mesure à prendre si réaction**
- **Vaccination avec le consentement éclairé**

Présence de malaria : Oui Non **Durée :** _____ **POIDS :** _____

Évaluation des contre-indications médicales et référé au besoin.

Prophylaxie recommandée : Aralen # _____ co. Malarone # _____ co. Refus du client
Cipro 1000XLmg # _____ co. _____ # _____ co.

Remise de la prescription conforme à l'ordonnance permanente du Dr. Daniel Roy.

Enseignement données sur le mode d'action de la médication, des effets secondaires possibles et de la prise de cette médication.

Référé chez : Dr. _____ Md. Famille Clinique voyage Refus du client

Pour : Lariam Docycycline et Difflican(femme) Cipro 1000XLmg Zithromax 250mg
 Diamox Tamiflu 10co. Autre: _____

NOTES DE L'INFIRMIÈRE :

Signature de l'infirmière : _____ **Date :** _____