

Clinique Vaccination Rive-Sud inc.
Varennes, Longueuil, Ste-Julie, St-Hyacinthe, Delson
Un seul numéro : 450.652.0909

NOM : (Nom de fille pour la femme)		PRÉNOM :		SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Numéro ASSURANCE. MALADIE :		DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ année mois jour			
ADRESSE :		CODE POSTAL :			
VILLE :		RÉFÉRÉ PAR :			
ADRESSE DE COURRIEL : _____					
# TÉL. RÉG. :		# TÉL. CELLULAIRE :		# TÉL. BUR. :	
POUR UN ENFANT DE MOINS DE 14 ANS SEULEMENT :		NOM du PÈRE : _____			
		NOM de la MÈRE : _____			

- Condition de santé :** **Aucun problème de santé** **Aucun médicament**
- Ablation de la rate
 - Trouble de la coagulation
 - Immunosuppression
 - Maladie de Thymus
 - Chimio ou radiothérapie
 - Troubles gastro-intestinaux
 - Prise de Plaquenil, Coversyl, Methotrexate, Interféron, antiacide, Coumadin...
 - Psoriasis
 - Maladie rénale
 - Diabète insuline
 - Prise de cortisone
 - Dépression/troubles psychiatriques/anxiété (ou dans le passé)
 - Maladie du foie
 - Épilepsie/convulsions (ou dans le passé)
 - Sclérose en plaque/arthritis
 - Troubles respiratoires
 - Rétinopathie
 - Autres _____

- Allergies connues :** **Aucune allergie**
- Allergie au soleil
 - Latex
 - Œufs
 - Thimérosal ou formaldéhyde ou phénol ou gélatine
 - Je possède un épipen
 - Antibiotiques ou autres: _____

Date de la visite :			
Remplir une seule colonne par visite, le jour de la visite	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ	AAAA/MM/JJ
Malaise avec ou sans fièvre dans les derniers 10 jours ?	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Reçu un vaccin durant le dernier mois ?	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Déjà eu une réaction suite à un vaccin ? ex. Guillain Barré...	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Grossesse prévue ou en cours ? ou allaitement ?	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Reçu des produits sanguins durant la dernière année ?	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Peur des aiguilles avec perte de conscience ?	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
Initiales de l'infirmière :			

CONSENTEMENT

- Je déclare que toutes les informations sont vraies et je comprends qu'une omission de ma part peut être nuisible pour ma santé
- Je déclare avoir pris connaissance des risques potentiels associés aux produits d'immunisants, avoir reçu une réponse à mes questions et avoir les instructions à suivre en cas de réaction secondaire.
- 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.
- Une réaction anaphylactique pourrait se produire, **il est donc fortement conseillé d'attendre sur place 15min post-vaccin**

Signature : _____

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

Nom : _____

BUT DU VOYAGE : Plage Aide humanitaire Affaire Étude Adoption

TYPE DE VOYAGE : Hors circuit Circuit guidé Visite chez de la famille Autre : _____

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

CONDITIONS SANITAIRES : 4-5 étoiles 1-3 étoiles Maison locale Camping Croisière

ACCOMPAGNEMENT : Solitaire Couple Groupe

DESTINATION (VILLE ET PAYS)

DÉPART

DURÉE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SECTION DE L'INFIRMIÈRE

Infos reçus et résumé des recommandations remises au client sur les différents sujets pertinents comme : Alimentation, Eau, Diarrhée, Malaria-Dengue, Soleil, Trousse médicale, Sécurité du voyage, vaccins recommandés

- **Étude du carnet de vaccination du client** Oui Non
- Évaluation faite des indications et contre indications en vaccin ou en médication par un questionnaire de santé et référé au besoin
- Vaccins proposés selon la destination, la durée et le style de voyage (voir plan dans la section vaccins)
- Enseignement fait sur les vaccins proposés, effets secondaires possibles et mesure à prendre si réactions indésirables
- Enseignement données sur la prise de la médication et des effets secondaires possibles

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

Risque de diarrhée du voyageur : Oui Non **POIDS :** _____

Médication recommandée : Refus du client et avisé frais 25\$ à la prochaine visite

<input type="checkbox"/> Prophylaxie avec chloroquine : # _____ co. <input type="checkbox"/> - de 10kg : 1/4 co. de 250 mg 1 fois/semaine per os <input type="checkbox"/> 10-19 kg : 1/2 co. de 250 mg 1 fois/semaine per os <input type="checkbox"/> 20-30 kg : 1 co. de 250 mg 1 fois/semaine per os <input type="checkbox"/> 31-45 kg : 1 1/2 co. de 250 mg 1 fois/semaine per os <input type="checkbox"/> + de 45 kg : 2 co. de 250 mg 1 fois/semaine per os *Psoriasis, épilepsie, rétinopathie, coversil, minocin(acné) doxy(vibramycine), plaquenil(protégé contre malaria par sa dose)	<input type="checkbox"/> Prophylaxie avec atovaquone-proguanil : # _____ co. <input type="checkbox"/> 11-20 kg : 1 co. Pédiatrique die per os. <input type="checkbox"/> 21-30 kg : 2 co. Pédiatriques die per os. <input type="checkbox"/> 31-40 kg : 3 co. Pédiatriques die per os. <input type="checkbox"/> + de 40 kg : 1 co. Adulte die. <input type="checkbox"/> Auto-traitement > 40Kg ___co. (+18 ans) 4co. Die toujours à la même heure X 3jours *Insuf rénale,hép, tétracycline, maxéran, gross,allait, épilepsie ou psychiatrique, anticoag,
<input type="checkbox"/> Cipro Adulte >18 ans (pas enceinte, ni allaite) 500 mg BID x 3 jours ou 1000 mg XL die x 3 jours *Quinolones,methotrexate,photos,anticoag, insuf rénale, hép	<input type="checkbox"/> Azithro Adulte et femme enceinte 500mg Die X 3 jours Enfant 10 mg/kg Die X 3 jours *Érythromicine, anticoag, antiacide, insuf.rénale, hépatique
<input type="checkbox"/> Lariam 250 mg Die 1 fois/semaine per os *Dépression, anxiété, neuropsychiatriques, coordination, vigilance, convulsions, troubles cardiaques,	

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

Référé à : Dr. _____ Md. Famille Clinique voyage Refus du client
Pour : Lariam Docyclyline et Difflican(femme) Diamox Tamiflu Autre: _____

NOTES DE L'INFIRMIÈRE
