



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : () _____

Je consens à recevoir des messages électroniques pour mes résultats de laboratoire, pour confirmer un rendez-vous, pour me rappeler la période de vaccination contre la grippe ou pour m'aviser d'un nouveau service. Mes renseignements seront utilisés seulement par la Clinique Vaccination Rive-Sud. Il sera toujours possible de me retirer de la liste d'envoi. _____

Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____ Assurance maladie : _____
Année/mois/jour

SECTION À REMPLIR PAR L'USAGER

1. Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe saisonnière? Oui Non
(Pour les moins de 9 ans, qui reçoivent le vaccin contre la grippe pour la première fois, doivent recevoir 2 doses à 4 sem intervalle)
2. Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque? Oui Non
SI OUI, date à laquelle vous avez reçu le vaccin ____/____/____
Lequel : _____ AAAA MM JJ
3. Vous sentez vous malade aujourd'hui? Oui Non
4. Après l'ingestion d'œufs, avez-vous présenté une allergie assez grave ayant nécessité immédiatement des soins médicaux? Oui Non
5. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ou vous rendre à l'hôpital? Oui Non
6. Je déclare avoir pris connaissance des réactions possibles suite à la vaccination (sensibilité, légère fièvre, malaise, douleurs musculaires pour 24-48hres possible) et connaître les instructions à suivre en cas de réactions (serviette humide au site d'injection, tylenol au besoin et consulter médecin selon la gravité des symptômes) Oui Non

Signature de l'utilisateur : _____ Date : ____/____/____
AAAA MM JJ

Si moins de 14 ans: Signature du Père ou Mère

2014-15 : Vaccins à 3 ou 4 souches : A/California/7/2009 (H1N1) A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2) B/Phuket/3073/2013 B/Brisbane/60/2008

Section réservée pour l'infirmière

Vaccins	No. Lot	Site	Date	Signature inf.
(3 souches)Vaxigrip / Fluviral Agriflu/ Influvac 0,5cc I.M.				
(4 souches) Fluzone / Flulaval 0.5cc I.M.				
Flumist intranasale				
Zostavax 0.65cc I.M				
Prevnar13 0.5cc I.M				

Pneumovax23	0.5cc I.M				
-------------	-----------	--	--	--	--

Payant	60ans et +	24m-59ans Probl. de santé	6-23 mois	Contact domicile	<u>2^e</u> ou <u>3^e enceinte</u>	Privé ou public
--------	------------	------------------------------	-----------	---------------------	----------------------------------------------------------	--------------------