

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

- 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)
- 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
- Vous sentez vous malade aujourd'hui?  Oui  Non
- Après l'ingestion d'œufs, avez-vous présenté une allergie assez grave ayant nécessité immédiatement des soins médicaux?  Oui  Non
- 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
- 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, tylnol au besoin et consulter médecin selon la gravité des symptômes)  Oui  Non

Signature de l'usager : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
AAAA MM JJ

Si moins de 14 ans: Signature du  Père ou  Mère

### Section réservée pour l'infirmière

Vaccins	No. Lot	Site	Date	Signature inf.
(3 souches) Fluviral /Agriflu/ Influvac 0,5cc I.M.				
(4 souches) Fluzone / Flulaval-tetra 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<sup>e</sup></u> ou <u>3<sup>e</sup> enceinte</u>	Privé ou public
--------	------------	------------------------------	-----------	---------------------	--	--------------------