



DT6096

VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE FP-CISSS-6096

☐ S3 : Secondaire III ☐ SC : Autres groupes	No ICLSC : _____ No SI-PMI : _____ Lieu : _____ ☐ Saisie SI-PMI faite																																		
INSCRIPTION																																			
À COMPLÉTER PAR L'USAGER	NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ SEXE : ☐ F ☐ M DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ ÂGE : _____ aaaa mm jj NO D'ASSURANCE MALADIE : _____ DATE D'EXPIRATION : ____/____ aaaa mm ADRESSE : _____ VILLE : _____ C.P. : _____ TÉLÉPHONE (domicile) : _____ CELLULAIRE : _____ NOM DE FILLE ET PRÉNOM DE LA MÈRE : _____ NOM ET PRÉNOM DU PÈRE : _____																																		
	QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 85%;"></th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous reçu un ou des vaccins contre le tétanos depuis les 5 dernières années ou à la suite d'une morsure ou d'un accident? Préciser : _____</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà eu une allergie grave? Préciser : _____</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous déjà eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin (allergie, perte de conscience, etc.)? Préciser : _____</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Est-ce que vous souffrez de troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical régulier?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Est-ce que vous souffrez de maladie chronique telle : cancer, VIH, maladie intestinale, lupus, diabète, maladie rénale, absence de la rate, ou autre? Préciser : _____</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Prenez-vous un médicament qui diminue votre système immunitaire tel : cortisone, antiviraux, chimiothérapie ou radiothérapie, etc. ou autre médicament? Préciser : _____</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous reçu une transfusion ou des immunoglobulines dans les 11 derniers mois?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Êtes-vous enceinte? (grossesse confirmée)</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Avez-vous eu la varicelle ou reçu le vaccin contre la varicelle à l'âge d'un an ou plus?</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>			OUI	NON	Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?	☐	☐	Avez-vous reçu un ou des vaccins contre le tétanos depuis les 5 dernières années ou à la suite d'une morsure ou d'un accident? Préciser : _____	☐	☐	Avez-vous déjà eu une allergie grave? Préciser : _____	☐	☐	Avez-vous déjà eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin (allergie, perte de conscience, etc.)? Préciser : _____	☐	☐	Est-ce que vous souffrez de troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical régulier?	☐	☐	Est-ce que vous souffrez de maladie chronique telle : cancer, VIH, maladie intestinale, lupus, diabète, maladie rénale, absence de la rate, ou autre? Préciser : _____	☐	☐	Prenez-vous un médicament qui diminue votre système immunitaire tel : cortisone, antiviraux, chimiothérapie ou radiothérapie, etc. ou autre médicament? Préciser : _____	☐	☐	Avez-vous reçu une transfusion ou des immunoglobulines dans les 11 derniers mois?	☐	☐	Êtes-vous enceinte? (grossesse confirmée)	☐	☐	Avez-vous eu la varicelle ou reçu le vaccin contre la varicelle à l'âge d'un an ou plus?	☐	☐
		OUI	NON																																
	Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?	☐	☐																																
	Avez-vous reçu un ou des vaccins contre le tétanos depuis les 5 dernières années ou à la suite d'une morsure ou d'un accident? Préciser : _____	☐	☐																																
Avez-vous déjà eu une allergie grave? Préciser : _____	☐	☐																																	
Avez-vous déjà eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin (allergie, perte de conscience, etc.)? Préciser : _____	☐	☐																																	
Est-ce que vous souffrez de troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical régulier?	☐	☐																																	
Est-ce que vous souffrez de maladie chronique telle : cancer, VIH, maladie intestinale, lupus, diabète, maladie rénale, absence de la rate, ou autre? Préciser : _____	☐	☐																																	
Prenez-vous un médicament qui diminue votre système immunitaire tel : cortisone, antiviraux, chimiothérapie ou radiothérapie, etc. ou autre médicament? Préciser : _____	☐	☐																																	
Avez-vous reçu une transfusion ou des immunoglobulines dans les 11 derniers mois?	☐	☐																																	
Êtes-vous enceinte? (grossesse confirmée)	☐	☐																																	
Avez-vous eu la varicelle ou reçu le vaccin contre la varicelle à l'âge d'un an ou plus?	☐	☐																																	
Afin de prendre une décision éclairée concernant la vaccination, veuillez prendre connaissance des documents joints à ce formulaire avant de donner votre consentement ou refuser la vaccination. Les parents/tuteurs des élèves âgés de moins de 14 ans doivent signer leur consentement. Vaccination contre la diphtérie et le tétanos (dT) Vaccination contre la méningite de type ACWY Autre vaccination qui serait indiquée pour mettre à jour le statut vaccinal¹ ☐ JE CONSENS ☐ JE REFUSE ☐ JE CONSENS ☐ JE REFUSE ☐ JE CONSENS ☐ JE REFUSE ¹Selon le Protocole d'Immunisation du Québec (être protégé contre : rougeole, rubéole, oreillons, varicelle, hépatite A, hépatite B, coqueluche, polio et VPH).																																			
_____ Signature du parent/tuteur pour l'élève de moins de 14 ans (à l'encre, s.v.p.) ____/____/____ aaaa mm jj																																			

Nom :

Prénom :

Dossier :

RÉSERVÉ À L'USAGE DU CISSS / VACCINATEUR

À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE

Date	Vérification du questionnaire	Informations données	Carnet	Commentaires	Signature de l'infirmière
	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non		
Preuve de vaccination	Pour chaque agent, cocher si la vaccination est indiquée aujourd'hui :				
☐ Oui ☐ Non	☐ Diphtérie/Tétanos ☐ Méningite ACWY	☐ Coqueluche ☐ Hépatite B	☐ Polio ☐ Hépatite A	☐ Rougeole ☐ VPH-9	☐ Rubéole/Oreillons ☐ Varicelle ☐ VPH-2

DIRECTIVES DE CONSENTEMENT : REFUS DE VACCINATION / REPORT

Agent(s) immunisant(s) : _____ ☐ Refus ☐ Report

Refus par : ☐ Usager ☐ Parent ☐ Autre : _____

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES : EXEMPTION

Agent(s) immunisant(s) : _____ ☐ Date d'application : : ____ / ____ / ____
aaaa mm jj

Preuve d'immunité par : ☐ Attestation médicale ☐ Laboratoire ☐ Varicelle : histoire de la maladie

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES : CONTRE-INDICATION / PRÉCAUTION

Agent(s) immunisant(s) : _____

Motifs : _____

DIRECTIVES PARTICULIÈRES DE L'INFIRMIÈRE ÉVALUATRICE

☐ ** 2^e dose à administrer ? Vaccin(s) : _____

VACCINATION

VACCINS ADMINISTRÉS			LOT	DOSE	SITE
☐ Td Adsorbées	☐ Adacel-Polio	☐ Adacel		unidose I.M.	☐ B.D ☐ B.G.
☐ Menactra	☐ Nimenrix	☐ Menveo		unidose I.M.	☐ B.D ☐ B.G.
☐ Priorix	☐ Varivax	☐ ProQuad		Fiole S.C.	☐ B.D ☐ B.G.
☐ Engérix-B ☐ Recombivax HB	☐ Vaqta ☐ Havrix	☐ Twinrix		0,5 ml I.M.	☐ B.D ☐ B.G.
☐ Gardasil-9	☐ Cervarix			unidose I.M.	☐ B.D ☐ B.G.
☐ Autre					☐ B.D ☐ B.G.

COMMENTAIRES :

Nom de l'intervenant	Signature	Permis	aaaa/mm/jj
----------------------	-----------	--------	------------