

PREUVE D'AUTOFORMATION

Par la présente, j'atteste avoir lu les documents requis par l'employeur (listés ci-après) en prévision de ma participation à la campagne de vaccination contre l'influenza et le pneumocoque 2010-2011 du CSSS de Rivière-du-Loup

- Chapitre 1 (Section 1.1– sections 1.3.1– section 1.8- section 1.9– section 1.13– section 1.14)
- Chapitre 3 (Section 3.3– section 3.7– section 3.8– section 3.9 et section 3.10)
- Chapitre 5 (Section 5.2.5- section 5.2.7– section 5.2.8)
- Chapitre 6 (Section 6.1– section 6.2– section 6.3– section 6.4– section 6.5.1– section 6.6.3– section 6.7- section 6.10)
- Chapitre 7 (Section 7.1- section 7.3– section 7.5)
- Chapitre 8
- Section 10.5.1
- Section 10.3.4

Je m'engage à éclaircir toutes informations nécessaires avant de procéder à la vaccination de la clientèle en m'adressant à la personne responsable lors des journées de vaccination.

Signature du professionnel : _____

Date : _____

SVP faire parvenir à :

Mme Chantale Banville (adjointe administrative)
Direction des Soins Infirmiers
4^e étage du Pavillon Alphonse Couturier, CHRGP
75 rue St-Henri
Rivière-du-Loup, G5R 2A4