

VÉRIFICATEUR	VEUILLEZ REpondre AUX QUESTIONS 1 à 10		
	1. Avez-vous fait de la fièvre au cours des derniers 24 heures?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	2. Mis à part les problèmes de santé déjà connus, avez-vous présenté un nouveau problème de santé au cours des derniers 7 jours?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	3. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylactique) après avoir reçu le vaccin contre l'influenza?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	4. Autre que le vaccin influenza, avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylactique) après avoir reçu un vaccin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	5. Avez-vous fait une réaction importante à une dose antérieure du vaccin contre l'influenza? (ex. Syndrome oculo-respiratoire, syndrome Guillain-Barré)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	6. Avez-vous une allergie grave aux œufs? ((anaphylactique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	7. Avez-vous une allergie grave à la néomycine ou à la gentamicine (trace de néomycine contenu dans le vaccin <i>Vaxigrip®</i> et trace de gentamicine contenu dans <i>l'Influvac®</i>)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	8. J'ai été informé des avantages de recevoir le vaccin contre l'influenza et/ou le pneumocoque et des manifestations indésirables possibles qui peuvent survenir après la vaccination et je consens à être vacciné.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	9. Prenez-vous des anticoagulants (ex. : coumadin, warfarine, warfilone, héparine)? (*compression 5 minutes nécessaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	10. Avez-vous un autre problème de coagulation (ex. : baisse des plaquettes, troubles hémorragiques)? (référé au médecin traitant)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Pour les enfants de moins de 9 ans			
11. A-t-il déjà reçu un vaccin contre l'influenza antérieurement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
INFIRMIERE	Peut être vacciné	Influenza <input type="checkbox"/>	Signature de l'infirmière : _____
		Pneumocoque <input type="checkbox"/>	T₃ Heure fin d'évaluation : _____ H M S
	Référé en évaluation	<input type="checkbox"/>	

ÉVALUATEUR	Peut être vacciné	Influenza <input type="checkbox"/>	Refus de l'usager	Influenza <input type="checkbox"/>	Vaccination	Influenza <input type="checkbox"/>
		Pneumocoque <input type="checkbox"/>		Pneumocoque <input type="checkbox"/>	contre-indiquée	Pneumocoque <input type="checkbox"/>
	Report de la vaccination	Influenza <input type="checkbox"/>	Pneumocoque <input type="checkbox"/>		Référé à : _____	
	Signature de l'infirmière : _____					

CONSENTEMENT PAR LE REPRÉSENTANT LÉGAL

Je reconnais avoir reçu l'information concernant la maladie, le ou les vaccin(s) et les réactions possibles. J'accepte que le vaccin contre l'influenza et/ou contre le pneumocoque soit administré à _____.

Nom de l'usager

Signature du représentant légal : _____ Date : _____

Consentement téléphonique reçu par l'infirmière : _____ Date : _____

NOTE : _____
