



Formulaire de demande de vaccin conjugué contre l'Haemophilus influenza de type b pour les personnes présentant un risque élevé

Vaccin demandé :

Description	Nombre (en doses)	Dose demandée
Act-HIB	1 x 0,5 ml	

Les clients doivent avoir au moins cinq ans ET satisfaire à l'un des critères suivants :

- Avoir reçu une greffe de cellules souches hématopoïétiques (TCSH).
- Présenter une asplénie anatomique ou fonctionnelle.
- Être atteint d'une immunodéficiences en raison d'une maladie ou d'un traitement.
- Avoir reçu une greffe de moelle osseuse ou d'organe.
- Avoir reçu une greffe de poumon.
- Avoir un implant cochléaire (avant ou après l'intervention).
- Être atteint d'un déficit primaire en anticorps.

Numéro de dossier du client : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ Homme : Femme :

Dose demandée : Dose 1: Dose 2: Dose 3:

Date d'injection des doses précédentes (aaaa/mm/jj) : Dose 1 : _____ Dose 2 : _____

* Date du rendez-vous (La demande ne sera pas approuvée sans date de rendez-vous.)
(aaaa/mm/jj) : _____

Nom du fournisseur de soins de santé : _____

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : _____

Adresse du fournisseur de soins de santé : _____

Veuillez nous faire parvenir le formulaire par télécopieur : 613-580-2783 ou par courriel vaccine@ottawa.ca

Section RÉSERVÉE au personnel de la salle des vaccins

Date du vaccin : _____

Vaccin : _____ Numéro de lot : _____

Rempli par: _____

Révisé en septembre 2016