



Formulaire de demande de vaccin contre le méningocoque pour les personnes présentant un risque élevé

Vaccin demandé :

| Description | Nombre (en doses) | Dose demandée |
|---|-------------------|---------------|
| 4CMenB (Bexsero ^{MD}) – Personnes âgées de 2 mois à 17 ans | 1 x 0,5 ml | |
| Men-C-ACYW (Menactra ^{MD}) – Personnes âgées de 9 mois à 55 ans | 1 x 0,5 ml | |
| Men-C-ACYW (Menactra ^{MD}) – Personnes âgées de 56 ans ou plus | 1 x 0,5 ml | |

Les clients doivent satisfaire à l'un des critères suivants :

- Présenter une asplénie anatomique ou fonctionnelle.
- Être atteint d'un déficit en complément, en properdine ou en facteur D ou d'un déficit primaire en anticorps.
- Avoir un implant cochléaire (avant ou après l'intervention).
- Être atteint d'un déficit acquis en complément (p. ex. traitement au moyen d'éculizumab).
- Être atteint du VIH.

Numéro de dossier du client : _____

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

Dose demandée : Dose 1: Dose 2: Dose 3: Injection de rappel :

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