

Questions de dépistage du vaccin contre la grippe et
Formulaire de consentement

Vous devez rester dans les alentours de la clinique pendant 15 minutes après la vaccination.

Nom de famille : _____Prénom : _____

Date de naissance : _____aaaa / mm / jjÂge : _____

Adresse complète : numéro _____rue _____ville _____province _____code postal _____

Numéro de téléphone : (_____)_____

Veuillez répondre aux questions en lien avec vos antécédents médicaux. Si vous répondez « oui », svp décrire.

1.	Vous sentez-vous malade aujourd’hui? Avez-vous de la fièvre?	☐ Non	☐ Oui : _____
2.	Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe?	☐ Non	☐ Oui
3.	Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin ?	☐ Non	☐ Oui : _____
4.	Avez-vous des allergies aux médicaments ou aux aliments?	☐ Non	☐ Oui : _____
5.	Avez-vous des allergies aux ingrédients contenue dans le vaccin contre la grippe (par exemple: thimerosal, formaldéhyde, polysorbate 80, polyéthylène glycol (PEG), kanamycine ¹ , néomycine ¹ , etc.) ?	☐ Non	☐ Oui : _____
6.	Avez-vous un trouble hémorragique, ou recevez-vous une anticoagulation à long terme?	☐ Non	☐ Oui : _____
7.	Si oui à la question 6, est-il bien contrôlé?	☐ Non ☐ NA	☐ Oui
8.	Avez-vous déjà eu des étourdissements ou perdu connaissance après un vaccin ou un autre acte médical, ou avez-vous peur des injections ou des aiguilles?	☐ Non	☐ Oui : _____

¹ Aminosides de la famille de la néomycine : amikacine, apramycine, arbekacine, framycétine, gentamicine, kanamycine, nétilmicine, paromomycine, rhodostreptomycine, spectinomycine, streptomycine, tobramycine.

J'ai lu les renseignements se rapportant au vaccin contre la grippe qui se trouvent au verso. J'ai eu la possibilité de poser des questions, et on y a répondu de façon satisfaisante. Je connais les avantages et les risques liés à ce vaccin. J'autorise le personnel de _____ à m'administrer le vaccin contre la grippe.

Signature : _____Date : _____

Donnez-vous votre autorisation au nom de quelqu'un d'autre? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, nom complet du tuteur légal : _____

Relation : _____

Numéro de téléphone du tuteur légal : (_____)_____

À l’usage exclusif de la clinique

J’ai utilisé deux pièces d’identification et, en examinant les questions d’évaluation, j’ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu’il peut recevoir le vaccin contre la grippe.

Initiale & Désignation _____

Âge	Vaccin	Dose et voie d'administration	Emplacement	Numéro de lot et date d'expiration	
≥ 6 mois	☐ Fluviral ^{MD} (IIV3-DS, à base d'œufs)	☐ 0,5 ml Intramusculaire	☐ Deltoïde gauche	Numéro de lot	
	☐ Fluzone ^{MD} (IIV3-DS, à base d'œufs)		☐ Deltoïde droit		
	☐ Flucelvax ^{MD} (IIV3-CC, à base de cultures cellulaires)		☐ Cuisse gauche	Date d'expiration	
≥ 65 ans	☐ Fluad ^{MD} (IIV3-Adj, à base d'œufs)		☐ Cuisse droite		
	☐ Fluzone ^{MD} Haute dose (IIV3-DE, à base d'œufs)				

Date et heure d’administration

AAAA/MM/JJHH:MM

Signature et désignation

Notes cliniques (date et heure)

Signature & Désignation _____

Réservé à l’usage des administrateurs

☐ Données transcrites dans Panorama Signature : _____ Date : _____