

FORMULAIRE DE VACCINATION PANDÉMIE GRIPPE A(H1N1)

À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| Groupes ciblés : <input type="checkbox"/> Femme enceinte <input type="checkbox"/> Malade chronique | Travailleur de la santé : | <input type="checkbox"/> salarié en CSSS <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> Peut être vacciné | Signature de l'infirmière _____ | |
| <input type="checkbox"/> Référé en évaluation/counseling | Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ) | |

ÉVALUATION / COUNSELING (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vaccination indiquée | <input type="checkbox"/> Refus de l'utilisateur | <input type="checkbox"/> Vaccination contre-indiquée |
| <input type="checkbox"/> Report de la vaccination | <input type="checkbox"/> Référé à : _____ | |
| Notes : _____ | | |
| Signature de l'infirmière : _____ Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ) | | |

VACCINATION ANTÉRIEURE (réservé à l'administration)

| | | | |
|-------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| Date de l'acte : | RSS : | CSSS : | Centre : |
| Vaccin : | | | |

VACCINATION

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| NOM: | <input type="checkbox"/> Arepanrix H1N1 avec adjuvant | No. lot Vaccin: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Panvax H1N1 sans adjuvant | No. lot Adjuvant : _____ |
| | <input type="checkbox"/> Vaccin monovalent influenza A(H1N1) 2009 sans adjuvant | |
| DOSE I/M : | <input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose <input type="checkbox"/> 2 ^e dose | QUANTITÉ : <input type="checkbox"/> 0,25 ml <input type="checkbox"/> 0,5 ml |
| SITE D'ADMINISTRATION : | <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> CG <input type="checkbox"/> CD | Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ) |
| Signature du vaccinateur : _____ | Heure : _____ | No. Table : _____ |

SURVEILLANCE DES MANIFESTATIONS INDÉSIRABLES IMMÉDIATES (PREMIERS SOINS)

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| Description de la réaction : _____ | Heure de début de la réaction : _____ |
| _____ | |
| _____ | |
| Conduite/conseils : _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Signature de l'intervenant : _____ | Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ) |
| | Heure : _____ |

COMMENTAIRES

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| _____ | |
| _____ | |
| Signature de l'intervenant : _____ | Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ) |
| | Heure : _____ |

PREUVE DE VACCINATION PANDÉMIE GRIPPE A(H1N1)

| VACCINATION GRIPPE A(H1N1) | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|---|----------|-----------|
| Nom : | | | | |
| Date de naissance : | | | | |
| Dose | Qté administrée | NOM DU VACCIN | Date | Initiales |
| 1 ^{ere} dose | <input type="checkbox"/> 0,25 mL | <input type="checkbox"/> Arepanrix H1N1 avec adjuvant | 2009 – – | |
| | <input type="checkbox"/> 0,50 mL | <input type="checkbox"/> Panvax H1N1 sans adjuvant | | |
| | | <input type="checkbox"/> Vaccin monovalent H1N1 sans adjuvant | | |
| 2 ^{eme} dose | <input type="checkbox"/> 0,25 mL | <input type="checkbox"/> Arepanrix H1N1 avec adjuvant | 2009 – – | |
| | <input type="checkbox"/> 0,50 mL | <input type="checkbox"/> Panvax H1N1 sans adjuvant | | |
| | | <input type="checkbox"/> Vaccin monovalent H1N1 sans adjuvant | | |