

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 (que salarié en CSSS)
<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 : <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></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 : _____

Les données ont été saisies dans le système initiales : _____

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		