

# ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE CHEZ LES ADULTES

Nom(s) \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ N° de téléphone de jour \_\_\_\_\_

**Catégorie d'âge:**

- 18 ans       19-64 ans       65 ans ou plus

**ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ – S.V.P RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSOUS**

	Oui	Non	N/A		Oui	Non	N/A
Est-ce que le client se sent bien aujourd'hui?				Est-ce que le client a déjà eu des réactions à des vaccins, y compris à un vaccin contre la grippe?			
Est-ce que le client a déjà reçu un vaccin contre la grippe?				Est-ce que le client prend un des médicaments suivants : <input type="checkbox"/> Antibiotiques pour une infection? <input type="checkbox"/> Médicaments immunosuppresseifs? <input type="checkbox"/> Coumadin ou autres anticoagulants? <input type="checkbox"/> Théophylline?			
Est-ce que le client est allergique : <input type="checkbox"/> À la néomycine? <input type="checkbox"/> Au thimérosal (solution pour verres de contact)? <input type="checkbox"/> Polymyxin B							

**CRITÈRES DE RISQUE ÉLEVÉ - INDIQUEZ TOUS LES CRITÈRES QUI S'APPLIQUENT**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personnes âgées de 65 ans et plus<br><input type="checkbox"/> Personnes avec problèmes neurologiques actifs ou conditions neurodéveloppementaux<br><input type="checkbox"/> Personnes de tout âge qui vivent dans des résidences de soins de longue durée ou des établissements de soins chroniques<br><input type="checkbox"/> Personnes avec certains problèmes de santé (cardiaques / respiratoires, troubles rénaux, obésité morbide, diabète, cancer ou un système immunitaire affaibli) | <input type="checkbox"/> Femme enceinte ou membre d'un ménage dont une femme est enceinte pendant la saison de la grippe<br><input type="checkbox"/> Autochtone<br><input type="checkbox"/> Professionnels de la santé<br><input type="checkbox"/> Contacts familiaux avec des personnes à risque élevé ou des nourrissons < 6 mois<br><input type="checkbox"/> Personnes qui fournissent régulièrement des services de garde à des enfants ≤ 59 mois<br><input type="checkbox"/> Travailleur dans l'industrie de porcs et volaille |
|--|---|

Les renseignements demandés sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé et de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé. Les renseignements recueillis sur ce formulaire peuvent être fournis à votre fournisseur de soins de santé sur demande. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements, veuillez vous adresser au Programme des maladies pouvant être prévenues par la vaccination, Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound, 345, rue Oak ouest, North Bay (Ontario) 1 800 563-2808 ou 705 474-1400.

**ARRÊTEZ ICI**

**POUR LES EMPLOYÉS DU BUREAU DE SANTÉ SEULEMENT**

Administered under the authority of Dr. J. Chirico, following:

MED-VPD-060 – Quadrivalent Influenza Vaccine, FluLaval-Tetra, Fluzone Quadrivalent, Afluria Tetra

MED-VPD-065 - Trivalent Influenza Vaccines, Fluzone High Dose (65+)

Informed Consent Obtained

Date given: \_\_\_\_\_ YYYY/MM/DD      Time given: \_\_\_\_\_

Dose & Route 0.5 ml IM    Site:     L Deltoid       R Deltoid      Lot # \_\_\_\_\_

Vaccine was tolerated:     well       faint       other

Nurse's Signature and Designation: \_\_\_\_\_

**2019-11-29**

- General Population**                       **High Risk Client**