

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

Nom(s) de l'enfant _____

Prénom(s) de l'enfant _____

Male F Female

Catégorie d'âge:

6 mois - < 2 ans 2 - < 5 ans 5-17 ans

Nom de la personne qui remplit le formulaire	Lien avec l'enfant <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Frère ou sœur <input type="checkbox"/> Grand-père ou grand-mère <input type="checkbox"/> Parent d'accueil <input type="checkbox"/> SAE <input type="checkbox"/> Autre
--	--

Je reconnais avoir l'autorité de consentir au nom de l'enfant susmentionné et j'autorise le personnel du Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound à administrer les vaccins à cet enfant.

Signature _____

Date _____

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

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

Est-ce que le client prend un des médicaments suivants :

- Antibiotiques pour une infection
- Médicaments immunosuppresseurs
- Coumadin ou autres anticoagulants
- Théophylline

CRITÈRES DE RISQUE ÉLEVÉ – INDIQUEZ TOUS LES CRITÈRES QUI S'APPLIQUENT

- Agé de 6 mois et deminsole 5 ans
- Personnes avec problèmes neurologiques actifs ou conditions neurodéveloppementaux
- Personnes avec certains problèmes de santé (cardiaques / respiratoires, troubles rénaux, obésité morbide, diabète, cancer ou un système immunitaire affaibli)
- Autochtone
- Contacts familiaux avec des personnes à risque élevé ou des nourrissons < 6 mois
- Personnes qui fournissent régulièrement des services de garde à des enfants ≤ 59 mois

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

Vaccine administered at: <input type="checkbox"/> Community Clinic <input type="checkbox"/> Health Unit Office	
Informed Consent: <input type="checkbox"/> Risks & benefits of vaccine reviewed	<input type="checkbox"/> Client's questions answered to client's satisfaction <input type="checkbox"/> Informed consent obtained
Date given _____	Time given _____
Product Administered:	
<input type="checkbox"/> Fluzone <input type="checkbox"/> FluLaval-Tetra 0.5 ml IM Site: <input type="checkbox"/> deltoid	<input type="checkbox"/> Lt thigh <input type="checkbox"/> Rt thigh Lot # _____
<input type="checkbox"/> Afluria Tetra	
Indicate which dose was administered for children who have never had an influenza vaccine before one <input type="checkbox"/> Dose 1 <input type="checkbox"/> Dose 2	
Vaccine tolerated <input type="checkbox"/> Well <input type="checkbox"/> Faint <input type="checkbox"/> other	
<input type="checkbox"/> Administered under the authority of Dr. J. Chirico, following MED-VPD-060 Quadrivalent Influenza Vaccine, FluLaval-Tetra, Fluzone and Afluria Tetra	
Nurse's Signature _____	Print Name: _____
and Designation: _____	

2019-10-17

General Population

High Risk Client