



Évaluation de l'état de santé et consentement à la vaccination contre la grippe chez les adultes

Nom(s) de famille _____

Prénom(s) (Nom(s) choisi(s)*) _____

Date de naissance _____

N° de téléphone de jour _____

Catégorie d'âge:

18 à 64 ans

65 ans ou plus

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ – RÉPONDEZ À LA QUESTION CI-DESSOUS

	Oui	Non	Ne s'applique pas
Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 de prévention des maladies par vaccins, 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.

*Ce nom sera utilisé dans la correspondance, sauf indication contraire.

-----ARRÊTEZ ICI -----
Pour les employés de bureau de santé seulement

Administered under the authority of Dr. Chirico following, MED-VPD-060 Influenza Vaccine, with informed consent obtained.

Date and Time administered: _____ YYYY/MM/DD

<p>FluLaval Tetra QIV Age Indication: ≥ 6 months Dose & Route: 0.5 ml IM</p> <p>Lot #: _____</p> <p>Site: ◻ Lt Deltoid ◻ Rt Deltoid</p> <p>Signature & Designation: _____</p>	<p>Flucelvax QIV Age Indication: ≥ 2 years Dose & Route: 0.5 ml IM</p> <p>Lot #: _____</p> <p>Site: ◻ Lt Deltoid ◻ Rt Deltoid</p> <p>Signature & Designation: _____</p>	<p>Fluzone QIV Age Indication: ≥ 6 months Dose & Route: 0.5 ml IM</p> <p>Lot #: _____</p> <p>Site: ◻ Lt Deltoid ◻ Rt Deltoid</p> <p>Signature & Designation: _____</p>
<p>Fluzone HIGH DOSE QIV Age Indication: ≥ 65 years Dose & Route: 0.7 ml IM</p> <p>Lot #: _____</p> <p>Site: ◻ Lt Deltoid ◻ Rt Deltoid</p> <p>Signature & Designation: _____</p>	<p>Fluad TIV-adjuvanted Age Indication: ≥ 65 years Dose & Route: 0.5 ml IM</p> <p>Lot #: _____</p> <p>Site: ◻ Lt Deltoid ◻ Rt Deltoid</p> <p>Signature & Designation: _____</p>	