

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ N° carte d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Personne à joindre en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du médecin/infirmier praticien : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Dépistage de la COVID-19 à ce jour :	Oui	Non
Vous sentez-vous mal aujourd'hui, avez-vous de la fièvre (supérieure à 39,5 °C) ou de la toux (récente ou qui s'aggrave), de l'essoufflement ou de la difficulté à respirer?		
Présentez-vous l'un des symptômes suivants : écoulement ou congestion nasale, mal de gorge, difficulté à avaler, frissons, mal de tête, fatigue apparue récemment, douleur musculaire apparue récemment, nausée ou vomissements, diarrhée, conjonctivite, perte du goût ou de l'odorat?		
Avez-vous reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 au cours des 14 derniers jours?		
Évaluation pré-immunisation à ce jour :	Oui	Non
Est-ce la première fois que vous recevez un vaccin antigrippal?		
Vous êtes-vous déjà évanoui ou avez-vous déjà eu une réaction grave (y compris un choc anaphylactique) à la suite d'une injection ou d'un vaccin? Si oui, veuillez décrire la réaction :		
Avez-vous déjà contracté le syndrome de Guillain-Barré au cours des 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin antigrippal?		
Êtes-vous allergique à l'un des produits suivants? Cochez toutes les cases qui s'appliquent : Latex    Thimérosal    Formaldéhyde    Triton®X100    Néomycine    Kanamycine Gentamycine    Polysorbate 80    CTAB (bromure d'hexadécyltriméthylammonium) Déoxycholate de sodium    Sucrose		
Êtes-vous allergique aux œufs? (Aux fins de contrôle.)		
Êtes-vous allergique à des médicaments? Si oui, veuillez préciser :		
Avez-vous une maladie chronique <b>OU</b> une maladie qui peut affaiblir votre système immunitaire (p. ex. asthme, diabète, VIH, cancer, trouble de saignement)? Si oui, veuillez préciser :		
Prenez-vous actuellement des médicaments (ordonnance, vente libre, produits à base d'herbes médicinales, etc.) ou suivez-vous un traitement qui affaiblit votre système immunitaire (prednisone, radiothérapie, chimiothérapie)? Si oui, veuillez préciser :		
Souffrez-vous d'un trouble du saignement ou prenez-vous un anticoagulant (p. ex. warfarine, aspirine à faible ou à haute dose)?		
Êtes-vous enceinte?		

- Mon pharmacien a passé en revue avec moi les avantages, effets secondaires et risques (y compris les risques en ne recevant pas le vaccin) associés au vaccin antigrippal que je reçois aujourd'hui.
- J'ai pu obtenir des réponses à toutes mes questions.
- J'accepte/ma personne à charge accepte de rester à la pharmacie pendant au moins 15 à 30 minutes après l'administration du médicament/vaccin ou pendant la période exigée par le pharmacien. (Une personne allergique aux œufs doit attendre 30 minutes.)
- J'autorise mon pharmacien à administrer de l'adrénaline ou à intervenir pour me sauver la vie en cas de réaction allergique grave et à informer ma personne à contacter en cas d'urgence.
- J'autorise mon pharmacien à informer mon médecin ou infirmier praticien et l'autorité de santé publique quant au vaccin administré et communiquer avec moi pour tout suivi si nécessaire.

**Je consens à recevoir aujourd'hui le vaccin antigrippal**

**Je consens à ce que mon enfant/personne à charge recevoir aujourd'hui le vaccin antigrippal**

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

(Tuteur/agent au besoin)

Date : \_\_\_\_\_

.....  
**DOCUMENTATION SUR L'ADMINISTRATION DE L'INJECTION :**

Fluzone Quad MDV DIN 02432730	Afluria Tetra MDV 2473313	Fluad 02362384
Fluzone Quad PFS DIN 02420643	Afluria Tetra PFS 2473283	Flucelvax Quad DIN 02494248
FluLaval Tetra DIN 02420783	Fluzone HD Quad DIN 02500523	FluMist DIN 02426544
Other: _____		
Dose :	Lot :	Expiration (mm/jj/aa) :
<p>Voie : <input type="checkbox"/> IM   <input type="checkbox"/> Intranasal      Site d'injection : Deltoïde   <input type="checkbox"/> Gauche   <input type="checkbox"/> Droite</p> <p>Date (mm/jj/aa) : _____      Heure : _____</p>		

**SURVEILLANCE ET SUIVI DU PATIENT :**

<p><b>15-30 minutes après l'injection :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le patient semble aller bien, pas d'effet(s) secondaire(s)</p> <p>Observations :</p>
--

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom du pharmacien/technicien en pharmacie : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Communication avec d'autres fournisseurs de soins de santé (médecin, infirmier praticien, santé publique) par **Télécopieur** | **SIM**