

Santé Î.-P.-É.

Formulaire d'inscription – Clinique de vaccination antigrippale

Date : _____ Nom du client : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Adresse municipale : _____ Code postal : _____

Numéro de carte-santé : _____ Extérieur du pays (40 \$) : _____

Partie 1 : À remplir par l'infirmière : *Dépistage de l'infirmière*

Si le client est un enfant de < 9 ans, est-ce son premier vaccin antigrippal? Oui Non

Êtes-vous malade ou avez-vous de la fièvre aujourd'hui? Oui Non

Avez-vous des allergies? Oui Non

Avez-vous déjà eu une réaction grave/anaphylactique après avoir reçu le vaccin antigrippal? Oui Non

Avez-vous déjà eu le syndrome de Guillain-Barré? Oui Non

*Si oui, était-ce après avoir reçu le vaccin antigrippal? Oui Non

Partie 2 : À remplir par le parent/tuteur : *Consentement éclairé pour les enfants*

J'ai pris connaissance des fiches de renseignements portant sur le vaccin antigrippal que mon enfant recevra et j'en comprends le contenu. La nature et les effets possibles de ce vaccin – y compris les risques qu'il comporte et ses avantages – m'ont été expliqués. Les renseignements que j'ai reçus me satisfont et je les comprends. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses à mes questions.

Nom en lettres moulées (parent/tuteur) _____ Date : _____

Signature : _____ Relation à l'enfant : _____

Partie 3 : À remplir par l'infirmière : *Administration du vaccin*

Inactivé-SD 0,5 ml Point d'injection : IM, deltoïde Droite Gauche

IM, cuisse Droite Gauche

Inactivé-HD 0,5 ml Point d'injection : IM, deltoïde Droite Gauche

Vivant atténué 0,2 ml Administration intranasale

N° de lot : _____ Fabricant : _____ Date : _____

Infirmière qui administre le vaccin : _____ IA IAA

Les renseignements personnels sur la santé recueillis dans le présent formulaire serviront à la prestation de soins de santé. Vos renseignements seront uniquement recueillis, utilisés et communiqués en conformité avec la *Health Information Act* (loi sur les renseignements sur la santé), R.S.P.E.I. 1988, chap. H-1.41, et toute autre loi applicable. Pour plus de renseignements sur votre vie privée et vos renseignements personnels, consultez le site www.healthpei.ca/yourprivacy ou composez le 902-368-6157.