

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 âgé de 6 mois à 4 ans, est-ce qu'il a reçu un vaccin contre la COVID-19 au cours des 14 derniers jours? Oui Non

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 – FLUZONE SD 0,5 ml Point d'injection : IM, deltoïde Droite Gauche
IM, cuisse Droite Gauche

Inactivé – FLUZONE HD 0,7 ml Point d'injection : IM, deltoïde Droite Gauche

Vivant atténué FLUMIST 0,2 ml Administration intranasale

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

Infirmière qui administre le vaccin : _____ IA IAA

La collecte de renseignements personnels par l'entremise du présent formulaire se fait pour 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.