



Claude et Nathalie Lemonde
350 Boul. Laurier, Beloeil, QC
450-467-0296

Identification

Nom	Prénom	RAMQ
Date de naissance	Âge	Numéro de téléphone

Renseignements médicaux

- Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel) ? Oui__ Non__
- À quel moment avez-vous reçu le vaccin Pneumovax-23 ? _____
- Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ? Oui__ Non__
- Est-ce que vous présentez un problème du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. chimiothérapie) ? Oui__ Non__
- Est-ce que vous avez reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois ? Oui__ Non__
- Est-ce que vous souffrez de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier ? Oui__ Non__
- Êtes-vous présentement enceinte ? Oui__ Non__

Fluviral No de lot : _____ Din : _____ Exp : _____

Influvac No de lot : _____ Din : _____ Exp : _____

Dose : 0,5 mL Voie d'administration : I.M.

Site d'administration : Bras droit _____ Bras gauche _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____ Heure : _____