

Vaccination Antigrippale 2024--2025

Date : 13 novembre 2024

Nom et prénom de l'utilisateur

Date de naissance

Allergies

Nom et prénom de la mère

Numéro d'assurance maladie

Numéro de téléphone

Adresse 495 Boulevard Sir-Wilfrid Laurier, Beloeil, Appartement # _____

QUESTIONNAIRE SANTÉ

- Présentez-vous actuellement un changement dans votre état de santé? (fièvre, congestion, maux de gorge) **OUI NON**
- Avez-vous eu une réaction allergique grave lors d'une précédente vaccination ? **OUI NON**
- Êtes-vous atteint de problèmes de coagulation ou prenez-vous des anticoagulants ? **OUI NON**
- Prenez-vous des médicaments qui diminuent le système immunitaire ? **OUI NON**
- Avez-vous eu la Covid dans les 3 derniers mois ? **OUI NON**

Le ou les vaccins que je désire sont :

Grippe _____

Covid _____

Grippe et Covid _____

Je reconnais avoir reçu toutes les informations sur le vaccin antigrippal, les effets secondaires possibles, les avantages de la vaccination et je consens de me faire vacciner par l'infirmière en poste.

J'accepte d'attendre 15 minutes après l'administration du vaccin avant de quitter. Si je quitte avant la fin du temps requis, j'en assume l'entière responsabilité et dégage l'infirmière de toute responsabilité.

Signature : _____

Date : _____

******SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE******

Vaccin administré	Lot	Date d'expiration	Dose	Voie et site d'injection
Fluzone Quadrivalent (Influenza)	U8431BA	2025-06-30	0,5 ml	IM BG <input type="checkbox"/> IM BD <input type="checkbox"/>
Corminaty (Pfizer) (Covid-19)	K1029	2025-10-30	0,5 ml	IM BG <input type="checkbox"/> IM BD <input type="checkbox"/>

Nom et licence du vaccinateur : Audrey-Ann Gagnière # 2212667

Signature : _____

Date : 2024-11-13

[350, Boulevard Sir-Wilfrid-Laurier, Belœil J3G 4G7](#)[PJC Lemonde et Lemonde 450-467-0296](#)