



**Jean Coutu**

Pharmacie Nathalie Lemonde

## Vaccination Antigrippale 2025--2026

Date : 29 octobre 2025

**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, Belœil **Appartement #** \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE SANTÉ

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

**Le ou les vaccins que je désire sont :**

**Grippe** \_\_\_\_\_ **Covid (seulement 65 ans et +)** \_\_\_\_\_ **Grippe et Covid (seulement 65 ans et +)** \_\_\_\_\_

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 : 29 octobre 2025

### \*\*\*SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE\*\*\*

| Vaccin administré | Lot | Date d'expiration | Dose   | Voie et site d'injection                                         |
|-------------------|-----|-------------------|--------|------------------------------------------------------------------|
|                   |     |                   | 0,5 ml | IM BG <input type="checkbox"/><br>IM BD <input type="checkbox"/> |
|                   |     |                   | 0,3ml  | IM BG <input type="checkbox"/><br>IM BD <input type="checkbox"/> |

Nom et licence du vaccinateur : Aixa Vidales # 84510

Signature : \_\_\_\_\_ Date : 29 octobre 2025

[350, Boulevard Sir-Wilfrid-Laurier, Belœil J3G 4G7](#)

[PJC Lemonde et Lemonde 450-467-0296](#)