

Date : 28- octobre 2026

Nom et prénom de l'usager

Date de naissance

Allergies

Nom et prénom de la mère

Numéro d'assurance maladie

Numéro de téléphone

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 |

Le ou les vaccins (gratuit) que je désire sont :
Grippe _____ **Covid** _____ **VRS - Virus respiratoire syncytial (75ans et +)** _____

Je reconnais avoir reçu toutes les informations sur les vaccins, 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
PQI Spikevax / PQI Comirnaty (Covid)			0,5ml	IM BG ☐
			0,3ml	IM BD ☐
PQI Fluviral / PQI Fluzone / PQI Fluad (Grippe)	4DZ77	2027-06	0,5ml	IM BG ☐
	418633	2027-06-22		IM BD ☐
Mresvia (VRS)			0,5ml	IM BG ☐
				IM BD ☐

Nom et licence du vaccinateur

Signature : _____ Date : 28 octobre 2026

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