

QUESTIONNAIRE DU PATIENT - VACCIN CONTRE LA GRIPPE (INFLUENZA) - INJECTION

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom :	Date de naissance :	Âge
Adresse	Poids :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
CONTACT EN CAS D'URGENCE		
Tél. :	Nom :	
N° ass.-maladie :	Tél. :	

QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE

Vos réponses à ces questions aideront le pharmacien à déterminer si des raisons vous empêcheraient de recevoir le vaccin aujourd'hui. Si vous êtes le parent ou le tuteur qui donne son consentement pour un enfant ou une autre personne, veuillez remplir le formulaire pour la personne vaccinée. *Si une question n'est pas claire, demandez au pharmacien de vous l'expliquer.*

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES :

	OUI	NON
Est-ce la première fois que vous recevez le vaccin contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous malade aujourd'hui (ex. : fièvre, difficultés respiratoires, infection active)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies ou des restrictions ? <i>Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :</i> <input type="checkbox"/> Protéine de poulet <input type="checkbox"/> Gentamicine <input type="checkbox"/> Néomycine <input type="checkbox"/> Formaldéhyde <input type="checkbox"/> Œuf /protéine d'œuf <input type="checkbox"/> Kanamycine <input type="checkbox"/> Latex/caoutchouc naturel <input type="checkbox"/> Thimérosal <i>Indiquer toutes les autres allergies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave ayant pu mettre votre vie en danger à la suite d'un vaccin contre la grippe par le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu les symptômes suivants dans les 24 heures du vaccin contre la grippe : respiration sifflante, serrement de la poitrine ou difficultés respiratoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu le syndrome de Guillain-Barré (maladie auto-immune) dans les 6 semaines suivant le vaccin contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'un trouble neurologique nouveau ou changeant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un trouble de saignement ou prenez-vous des anticoagulants (ex. : warfarine, aspirine), ou avez-vous eu des saignements récemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT DU PATIENT

Je, soussigné, le patient/agent, ai reçu suffisamment de renseignements pour prendre une décision éclairée quant à l'administration du vaccin contre la grippe. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu les réponses dont j'avais besoin. Je comprends les risques associés à l'administration du vaccin et j'accepte d'attendre 15 minutes à la pharmacie après avoir reçu le vaccin (ou le temps nécessaire recommandé par le pharmacien). Les effets secondaires potentiels comprennent, sans s'y limiter sont les suivants : douleur/rougeur/gonflement au site d'injection, fièvre, maux de tête, douleurs musculaires et fatigue.

Une réaction allergique ou anaphylaxie extrême est rare, mais possible, et peut mettre la vie en danger. Les symptômes de l'anaphylaxie comprennent, sans s'y limiter : urticaire, difficultés respiratoires, enflure de la langue/de la gorge/des lèvres. En cas d'urgence médicale à la suite de la vaccination, j'accepte que le pharmacien prenne des mesures pour traiter l'urgence. Ces mesures peuvent comprendre : appeler le 911, administrer de l'épinéphrine, de la diphenhydramine et des bêta agonistes, effectuer la RCR.

Je reconnais que le pharmacien peut fournir des renseignements au sujet de la vaccination à l'agent, au fournisseur de soins de santé, à l'organisme de réglementation et aux services d'urgence appropriés pour se conformer aux exigences de déclaration

obligatoire ou de déclaration volontaire à des fins d'amélioration du vaccin. Je comprends que ces personnes peuvent communiquer avec moi au sujet des effets indésirables liés au vaccin.

Je confirme que je veux recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière (influenza)

OU

Je confirme que je veux que mon enfant reçoive le vaccin contre la grippe saisonnière (influenza)

Nom du patient/de l'agent (et lien)

Signature du patient/de l'agent

Date

DÉCLARATION DU PHARMACIEN *(à l'usage de la pharmacie seulement)*

Je confirme que le patient/agent indiqué à la première page est en mesure de donner son consentement pour le vaccin contre la grippe et que le vaccin peut doit être administré au patient.

Nom du pharmacien (et numéro de licence)

Signature du pharmacien

Date

INFORMATION SUR LE VACCIN *(à l'usage de la pharmacie)*

<input type="checkbox"/>	AFLURIA TETRA	15µg/0,5mL	VIA	SEQ	QIV	DIN 02473313
<input type="checkbox"/>	AFLURIA TETRA	15µg/0,5mL	SYR	SEQ	QIV	DIN 02473283
<input type="checkbox"/>	AGRIFLU	15µg/0,5mL	SYR	SEQ	TIV	DIN 02346850
<input type="checkbox"/>	AGRIFLU	15µg/0,5mL	VIA	SEQ	TIV	DIN 02428881
<input type="checkbox"/>	FLUAD	15µg/0,5mL	SYR	SEQ	TIV	DIN 02362384
<input type="checkbox"/>	FLULAVAL TETRA	15µg/0,5mL	VIA	GSK	QIV	DIN 02420783
<input type="checkbox"/>	FLULAVAL TETRA	15µg/0,5mL	SYR	GSK	QIV	DIN 02478978
<input type="checkbox"/>	FLUVIRAL	15µg/0,5mL	VIA	GSK	TIV	DIN 02420686
<input type="checkbox"/>	FLUZONE	15µg/0,5mL	SYR	SPL	QIV	DIN 02420643
<input type="checkbox"/>	FLUZONE	15µg/0,5mL	VIA	SPL	QIV	DIN 02432730
<input type="checkbox"/>	FLUZONE HD	60µg/0,5mL	SYR	SPL	TIV	DIN 02445646
<input type="checkbox"/>	INFLUVAC TETRA	15µg/0,5mL	SYR	BGP	QIV	DIN 02484854

Autre :

SUIVI ET NOTES *(à l'usage de la pharmacie)*

Évidence de réaction après ____ minutes?

Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez fournir les détails ci-dessous :

Exp. :

N° lot :

Dose :

0,5 mL

Voie :

IM

Site d'administration :

Deltoïde gauche

Deltoïde droit

Autres commentaires/plans de suivi :

PHARMACIEN INTERVENANT

Nom :

N° licence :

Date :

Heure :

Signature :

SIGNALEMENT *(le cas échéant)*

Date :

Méthode

Télécopieur :

Nom médecin :

Autre :