

DEPISTAGE DE SANTE ET FORMULAIRE D'AUTORISATION – Vaccin contre la grippe

(Révision du 8 septembre 2010)

Veuillez répondre aux questions suivantes concernant la personne devant être vaccinée. Ces informations nous permettront d'identifier les personnes pouvant être vaccinées dans le cadre du programme de vaccination scolaire.

Nom: _____ Date de naissance: _____ Age: _____
 Adresse: Rue: _____ Ville: _____ Tél. _____
 Classe: _____ Instituteur: _____

- | | <u>OUI</u> | <u>NON</u> |
|--|------------|------------|
| 1) La personne à vacciner est-elle allergique aux œufs, volaille, gentamicine, gélatine, ou l'arginine ? | _____ | _____ |
| 2) A-t-elle jamais eu une réaction grave suite à des vaccinations précédentes ? | _____ | _____ |
| 3) A-t-elle jamais présenté le syndrome de Guillain-Barré ? | _____ | _____ |

Si vous avez répondu "OUI" à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, cette personne ne pourra pas recevoir le vaccin au programme de vaccination prévue à l'école.

- | | | |
|--|-------|-------|
| 4) A-t-elle eu l'asthme, le diabète, ou une maladie pulmonaire, cardiaque ou d'immunodéficience, ou suit-elle des traitements à l'aspirine ou aux immunosuppresseurs ? | _____ | _____ |
| 5) A-t-elle été vaccinée au cours des quatre dernières semaines ? Si oui, date et type de vaccins reçus : _____ | _____ | _____ |
| 6) A-t-elle un système immunitaire compromis ou a été en contact étroit avec quelqu'un dont le système immunitaire est compromis (par exemple, le SIDA, le cancer), ou a-t-elle pris des médicaments tels des stéroïdes ou des anticancéreux ? | _____ | _____ |
| 7) Serait-elle enceinte ou allaitante? | _____ | _____ |
| 8) Est-elle assurée par MaineCare (Medicaid) ? | _____ | _____ |
| 9) Est-elle Indienne-Américaine ou autochtone de l'Alaska | _____ | _____ |
| 10) Est-elle insuffisamment assurée (dont l'assurance-maladie ne couvre pas le vaccin anti-grippe)? | _____ | _____ |
| 11) Est-elle non-assurée ? | _____ | _____ |
| 12a) Fournisseur de soins de santé _____ | | |
| 12b) No. Téléphone du fournisseur de soins de santé _____ | | |
| 13) Compagnie d'assurance-maladie (le cas échéant) et No. d'identification: _____ | | |

- | | <u>OUI</u> | <u>NON</u> |
|--|------------|------------|
| 14) J'autorise la consultation de ce dossier de vaccination pour facturer MaineCare ou la compagnie d'assurance privée pour le coût de ce vaccin, and je consens à ce que cette information soit enregistrée dans le registre ImmPact2 qui sera mis à la disponibilité des fournisseurs de soins primaires. | _____ | _____ |
| 15) Une copie de la déclaration d'informations du vaccin anti-grippe 2010 m'a été fournie, et je l'ai lue ou je me la suis faite expliquer. Je comprends les bénéfices et les risques du vaccin anti-grippe 2010, et je demande que ce vaccin soit donné à la personne susmentionnée . Je comprends qu'en signant ci-dessous, je donne mon consentement, soit en mon nom, soit au nom de mon enfant/ma garde, soit des deux, pour recevoir le vaccin le plus approprié tel que déterminé par le fournisseur de soins de santé qui administre le vaccin. | | |

X _____
 Signature de la personne devant être vaccinée, ou signature du parent ou du gardien légal si cette personne est mineure
 Nom du parent ou gardien légal : _____ Date: _____

Pour usage interne seulement:

Date d'administration	Vaccin	Fabricant du vaccin	Numéro de lot du vaccin	Volume de la dose	Signature et titre du fournisseur scolaire du vaccin	Site sur le corps	Voie d'administration
							<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> intranasale