

**VACCIN CONTRE LA GRIPPE 2014-2015 EXAMEN DE SANTÉ & AUTORISATION DE VACCINER**

**NPI:**

**School Name:**

Nom Complet :		Né/e le : / /	Age :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	School Name: _____	
Adresse, Rue :		Ville:		Code Postal :	Téléphone pendant la Journée :	
Classe :	Enseignant :			Unité (District) Administrative Scolaire		

**Veillez répondre aux questions suivantes à propos de la personne nommée ci dessus.** Les commentaires peuvent être écrits au recto du présent formulaire.

	OUI	NON
1) Est-ce que cette personne a une allergie grave (mortelle) aux œufs ?		
2) Est-ce que cette personne a déjà eu une réaction sévère à une vaccination contre la grippe dans le passé ?		
3) Est-ce que cette personne a déjà souffert du syndrome de Guillain-Barré ?		

**Si vous avez répondu «oui» à une des questions entre 1 et 3, veuillez consulter votre médecin au sujet du vaccin contre la grippe**

4) Est-ce que cette personne a reçu un autre vaccin au cours des 4 dernières semaines, ou ne se sent pas bien? Si oui, Type de vaccin _____ Date _____		
5) Est-ce que cette personne a des problèmes de santé chroniques, de l'asthme ou de difficultés respiratoires, ou a un traitement par l'aspirine de longue durée ?		
6) Est-ce que cette personne a un système immunitaire affaibli, ou est en contact étroit avec quelqu'un qui a un système immunitaire gravement affaibli ? Veuillez expliquer :		
7) Est-ce que cette personne est enceinte ou pourrait-elle être enceinte ?		

**Si vous avez répondu «oui» à une des questions entre 4 et 7, cette personne ne peut pas recevoir le vaccin antigrippal intra nasal.**

8) Est-ce que cette personne est un Indien d'Amérique ou un Natif de l'Alaska ?		
9) Est-ce que cette personne n'est pas assurée ?		
10) Est-ce que cette personne est assurée par MaineCare (Medicaid) ? MaineCare ID #: _____		
11) Assurance Maladie: Nom de la Société : _____ Numéro d' ID : _____ Numéro du Groupe : _____ Nom du Souscripteur : _____ Date de naissance du souscripteur : _____		
12) Nom du Médecin : _____ Numéro de Téléphone : _____		

**AUTORISATION DE VACCINER**

- Ayant reçu une copie du Document d'Information sur le Vaccin contre la Grippe 2014-2015, je l'ai lu ou on me l'a expliqué, et je comprends les avantages et les risques du vaccin contre la grippe.
- Je donne mon autorisation pour que cette vaccination soit enregistrée dans le Registre de l'ImmPact.
- Je donne l'autorisation d'utiliser cette information pour facturer soit MaineCare qu'une compagnie d'assurances privée pour le coût de fourniture du vaccin.
- Je donne mon consentement pour que cette personne reçoive le vaccin le plus approprié, tel que déterminé par le personnel de santé de la clinique.
- Si mon enfant refuse de recevoir l'injection et n'a aucune des conditions énumérées du #4 au 7, vous avez ma permission de lui administrer le vaccin antigrippal par brumisation intra nasale.
- **J'autorise que le vaccin contre la grippe soit administré à la personne nommée ci-dessus, en signant ci-dessous.**

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Signature du parent ou gardien si la personne à vacciner est mineure, ou Signature de l'adulte qui se fait vacciner

Nom du parent/gardien ou adulte qui se fait vacciner, en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

Date Administered	Dose	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /							<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose <input type="checkbox"/> Intranasal	