

 VACCINATION CONTRE LES VIRUS RESPIRATOIRES (Travailleur de la santé)		Nom, prénom : _____ Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : _____			
INFORMATIONS GÉNÉRALES					
Usager apte de 14 ans ou plus					
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° téléphone ☐ Cellulaire ☐ Travail		
Adresse courriel :					
No. d'employé :	Titre d'emploi :	SAISIR AU SI-PMI (dans les 48 heures ouvrables) ET ENVOYER par courrier interne OU à administration.sante.au.travail.cemtl@ssss.gouv.qc.ca			
QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION*					
	ÉLÉMENTS À VALIDER PAR LE VACCINATEUR	OUI	NON	N/A	PRÉCISION
1.	Problèmes de santé actuels (L'usager a-t-il remarqué un changement récent dans son état de santé? Souffre-t-il d'asthme? L'usager présente-t-il des sécrétions nasales importantes?) Prend-il de l'AAS ou un médicament qui en contient?)	☐	☐	☐	
2.	Immunodépression (L'usager prend-t-il des médicaments immunodépresseurs? Est-il immunodéprimé, atteint d'une maladie auto-immune?)	☐	☐	☐	
3.	Réactions antérieures (L'usager a-t-il déjà fait une réaction importante suivant l'administration d'un vaccin ou d'un autre produit ayant nécessité une visite à l'hôpital?)	☐	☐	☐	
4.	Grossesse (Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte?)	☐	☐	☐	
5.	Produits immunisants ou sanguins (L'usager a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois? A-t-il reçu un vaccin dans le dernier mois?)	☐	☐	☐	
6.	Contacts (L'usager est-il en contact avec une personne très gravement immunodéprimée?)	☐	☐	☐	
7.	Antécédent L'usager a-t-il eu la COVID-19 dans les 6 derniers mois?	☐	☐	☐	
RAISON D'ADMINISTRATION (par ordre de priorité)					
Influenza ☐ Influenza – Femme enceinte ☐ Influenza – Travailleur de la santé ☐ Influenza – Maladie chronique ☐ Influenza – Autre raison			COVID-19 ☐ COVID-19 – Femme enceinte ☐ COVID-19 – Travailleur de la santé ☐ COVID-19 – Maladie chronique ☐ COVID-19 – Autre raison		
3700000066 (Rév. : 2025-09-19)					
VACCINATION CONTRE LES VIRUS RESPIRATOIRES - PERSONNEL					

Nom de l'usager : _____

Date de naissance : _____

CONSENTEMENT/DÉCISION

- ☐ Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.
- ☐ Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) ont été communiquées à la personne ou son représentant légal.
- ☐ Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.

DÉCISION

L'usager ou son représentant légal :

- ☐ Consent à la vaccination contre l'influenza ☐ Consent à la vaccination contre la COVID-19
- ☐ Refuse la vaccination contre l'influenza ☐ Refuse la vaccination contre la COVID-19

Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé :

- ☐ Consent à ce que ces informations soient acheminées au service de prévention et promotion de la santé

CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :

- ☐ Usager

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT / CONSTATE LE CONSENTEMENT

Nom du professionnel :

PROFESSION : ☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ Inhalothérapeute ☐ Sage-Femme ☐ Pharmacien

N° de permis : _____ Signature du professionnel : _____

DÉTAIL DE PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

Date et heure administration (an, mois, jour)	Nom du produit immunisant	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration	Site d'administration
	Influenza ☐ Fluzone ☐ Fluviral		☐ 0.5 ml	☐ Intramusculaire	☐ Bras droit ☐ Bras gauche ☐ Cuisse droite ☐ Cuisse gauche
	COVID-19 ☐ Spikevax ☐ Comirnaty		☐ 0.5 ml ☐ 0.3 ml	☐ Intramusculaire	☐ Bras droit ☐ Bras gauche ☐ Cuisse droite ☐ Cuisse gauche
	Autre : ☐ _____				

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ QUI A PROCÉDÉ À L'ÉVALUATION

Nom du vaccinateur :

Profession :

☐ Infirmière ☐ Médecin ☐ Inhalothérapeute ☐ Sage-femme ☐ Pharmacien

N° de permis : _____ Lieu de vaccination (LDS) : _____

Signature : _____

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du professionnel habilité)

Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin et signature : _____

Profession :

☐ Infirmière auxiliaire
☐ Autre, précisez : _____

N° de permis : _____

Notes : _____