HÉLIOS
GROUPE SANTÉ
Centres de vaccination

Date: _____/_____/_____
Jour **Mois** **Année**

Nom : _____ **Prénom :** _____

QUESTIONNAIRE

1. Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé ? (comparativement à votre état habituel)	OUI	NON
2. Est-ce que vous faites actuellement de la fièvre?	OUI	NON
3. Prenez-vous du Coumadin/Warfarine, Cortisone, Théophylline, Dilantin ?	OUI	NON
4. Souffrez-vous d'allergies connues (œufs, Thimérosal, latex) ?	OUI	NON
5. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ou vous rendre à l'hôpital ?	OUI	NON
6. Avez-vous déjà ressenti des symptômes de SOR (Syndrome Oculo Respiratoire) après avoir reçu un vaccin contre l'influenza ?	OUI	NON
7. Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?	OUI	NON
8. Avez-vous lu l'information sur les risques et avantages du vaccin influenza, ou est-ce que nous vous les avons expliqués ?	OUI	NON
9. Avez-vous d'autres questions ou soucis concernant le vaccin influenza ?	OUI	NON

CONSENTEMENT VOLONTAIRE

Je demande et consens à recevoir le vaccin contre l'INFLUENZA et affirme que les réponses fournies au questionnaire sont rigoureusement exactes.

SIGNATURE: _____

ADMINISTRATION DU VACCIN : **VAXIGRIP** **FLUVIRAL** **INFLUVAC**

DATE: _____/_____/_____ **DOSE:** _____
Jour Mois Année

VOIE D'ADM. : ☐ **I.M** **SITE:** ☐ **BRAS GAUCHE** ☐ **BRAS DROIT**

NUMÉRO DE LOT: _____ **DATE D'EXPIRATION:** _____/_____
Mois **Année**

MANUFACTURIER: _____

SIGNATURE DE l'INF: _____ **No. OIIQ :** _____