



Embosser carte ici

Nom _____
 Prénom _____
 DDN ____ / ____ / ____
 #Dossier _____
 NAM _____
 Sexe H F
 Téléphone _____

À L'USAGE DE L'INFIRMIÈRE DU **CLSC** SEULEMENT
VACCINATION 4^e ANNÉE DU PRIMAIRE

INFORMATIONS RELATIVES À LA VACCINATION

Vaccination antérieure et histoire médicale pertinente

(Se référer au registre de vaccination, à la carte de vaccination et au dossier médical de l'enfant)

Est-ce que l'enfant a reçu antérieurement (cocher ou compléter ce qui s'applique)

Vaccins	Oui a reçu toutes ses doses	Oui mais incomplet Indiquer le nombre de doses reçues	Non
<input type="radio"/> Hépatite A			
<input type="radio"/> Hépatite B			
<input type="radio"/> Hépatite A et B (Twinrix)			
<input type="radio"/> VPH			
<input type="radio"/> Rougeole			

Contre-indications ou allergie ? Non

Oui, préciser : _____

Explications remises et consentement signé : Oui Non

VACCINATION 4^e ANNÉE DU PRIMAIRE

VACCIN	Date de vaccination AAAA/MM/JJ	# lot	Dose	Site d'injection	SIGNATURE DU VACCINATEUR Numéro de permis
<i>Vaccin contre l'hépatites A et B</i>					
<input type="radio"/> Twinrix Jr ² (1 ^{re} dose) ¹	___ \ ___ \ ___		<input type="radio"/> 0,5 ml, IM	<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	
<i>Vaccins contre les VPH</i>					
<input type="radio"/> Gardasil 9 ² (1 ^{re} dose) ¹	___ \ ___ \ ___		<input type="radio"/> 0,5 ml, IM	<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	
<i>Autres vaccins</i>					
<input type="radio"/>	___ \ ___ \ ___			<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	

1. Notez que le calendrier régulier a changé. La deuxième dose sera maintenant administrée en 7^e année. 2. Pour les enfants immunosupprimés ou infectés par le VIH se référer à la conseillère en vaccination ou au PIQ.

Remarques _____