



ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
 UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
 CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA



Embosser carte ici

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

À L'USAGE DE L'INFIRMIÈRE DU CLSC

VACCINATION 7^e ANNÉE

Vaccination antérieure et histoire médicale pertinente

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

Contre-indications ou allergie ? Non

Oui, préciser : _____

Explications remises et consentement signé : Oui Non

Vérification du statut vaccinal

(Voir « Critères pour considérer un statut vaccinal adéquat pour une personne âgée de 4 à 17 ans »)

Cochez si statut vaccinal complet. Si non, compléter la vaccination.

<input type="radio"/> Diphtérie – tétanos * dont 1 dose après l'âge de 10 ans	<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Coqueluche	<input type="radio"/> Hib
<input type="radio"/> Méningocoque * dont 1 dose après l'âge de 10 ans	<input type="radio"/> Varicelle	<input type="radio"/> VPH	<input type="radio"/> Rougeole
<input type="radio"/> Rubéole - Oreillons	<input type="radio"/> Hépatite A	<input type="radio"/> Hépatite B	

Vaccination 7^e année

VACCIN	Date de vaccination AAAA/MM/JJ	# lot	Dose	Site d'injection	SIGNATURE DU VACCINATEUR Numéro de permis
<input type="radio"/> Td (td adsorbé)	__ \ __ \ __		<input type="radio"/> 0,5 ml, IM	<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	
<input type="radio"/> Men-C-C (Menjugate)	__ \ __ \ __		<input type="radio"/> 0,5 ml, IM	<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	
<input type="radio"/> VPH-2 (Cervarix)	__ \ __ \ __		<input type="radio"/> 0,5 ml, IM	<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	
<input type="radio"/> HB (Engerix B)	__ \ __ \ __		<input type="radio"/> 0,5 ml, IM	<input type="radio"/> Bras gauche <input type="radio"/> Bras droit	

Remarques _____

