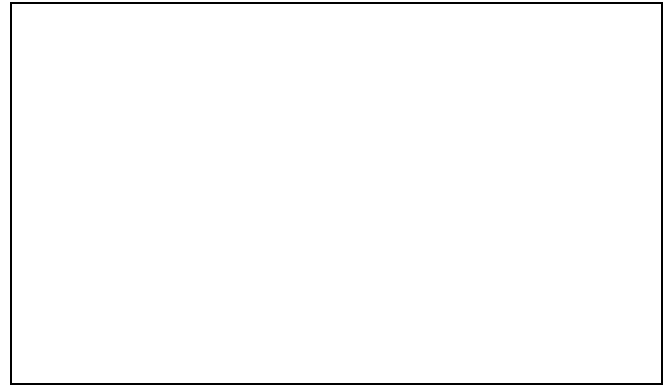




CTU-0237



VACCINATION SCOLAIRE 4^E ANNÉE

À l'usage de l'infirmière du CLSC

Vérification du statut vaccinal : _____ (Date)

Vaccins	Nombre de doses valides reçues	Statut Complet (C) ou Incomplet (I)	Initiales
<input type="checkbox"/> Hépatite A			
<input type="checkbox"/> Hépatite B			
<input type="checkbox"/> VPH			
<input type="checkbox"/> Rougeole			

Attention ! Un intervalle pouvant aller jusqu'à 11 mois doit être respecté entre l'administration d'immunoglobulines ou d'autres produits sanguins et l'administration du vaccin RRO.

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination 4^e année

Contre-indication ou allergie ? OUI NON Si OUI, préciser : _____

Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
<input type="checkbox"/> HA (Vaqta Jr)			<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/> VPH (Gardasil 9)			<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis