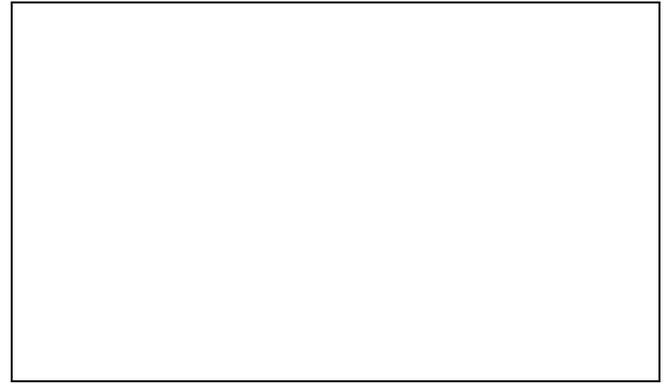


CTU-0238



VACCINATION SCOLAIRE 7^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"/> Diphtérie – Tétanos	<i>* Dont 1 dose après l'âge de 10 ans</i>		
<input type="checkbox"/> Méningocoque	<i>* Dont 1 dose de vaccin conjugué quadrivalent ACWY après l'âge de 10 ans</i>		
<input type="checkbox"/> Rubéole – Oreillons			
<input type="checkbox"/> Polio			
<input type="checkbox"/> Varicelle			
<input type="checkbox"/> Hépatite A			
<input type="checkbox"/> Hépatite B			
<input type="checkbox"/> Coqueluche			
<input type="checkbox"/> VPH			
<input type="checkbox"/> Hib			
<input type="checkbox"/> Rougeole	<i>* Attention, intervalle à respecter entre un Ig ou autres produits sanguins et un vaccin RRO.</i>		

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination 7^e année

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

Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
<input type="checkbox"/> dT (td adsorbées)			<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/> Men – ACWY (Nimenrix)			<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/> HB (Engerix)			<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis