



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
 Inuulitsivik Health & Social Services Centre
 Puvirnituq, Québec J0M 1P0
 T 819 988-2957 / F 819 988-2796

**ÉVALUATION PRÉ VACCINALE POUR
 LE BCG
 Nouveau-né âgé entre 0 et 6 semaines**

*EMBOSSER ICI LA CARTE BLEUE DU CSI,
 SI NON DISPONIBLE, INSCRIRE
 LES NOM, PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DE
 DOSSIER*

*EMBOSS HERE THE IHC BLUE CARD,
 IF NOT AVAILABLE, WRITE
 THE NAME, SURNAME, DATE OF BIRTH AND FILE NUMBER*

Mère: _____

Père: _____

Village: _____

Nom du bébé: _____ Date de naissance: _____

Évaluation pré-vaccinale	
1. Selon l(s) parent(s), l'enfant présente-t-il un problème avec son système immunitaire, hérité de ses parents biologiques?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Selon le(s) parent(s), y a-t-il, dans la famille biologique immédiate de l'enfant (frères, sœurs), ou parmi ses cousins (es), neveux ou nièces biologiques quelqu'un atteint, de naissance, d'un problème d'immunité familial?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Est-ce que la mère biologique est VIH positive? Date VIH fait durant la grossesse de l'enfant concerné? (aaaa/mm/jj) résultat : _____ * Si la mère a refusé le test VIH durant la grossesse concernée, enfant VIH positif?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Pour l'enfant âgé de moins de 6 mois, est-ce que la mère a pris des agents biologiques au cours de la grossesse tels des inhibiteurs du TNFα (consulter le pharmacien au besoin)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Est-ce que l'enfant est actuellement sous investigation suite à un contact TB??	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Est-ce que l'enfant prend actuellement une médication anti tuberculeuse?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7. Est-ce que l'enfant présente une affection cutanée étendue?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8. Est-ce que l'enfant présente actuellement une maladie aiguë modérée ou grave avec ou sans fièvre?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Note: Si vous avez répondu **OUI** à une de ces questions, vous référer au PIQ électronique à Section/Vaccin/Tuberculose/BCG lyophilisé avec glutamate ou au « Tableau d'administration du vaccin BCG aux enfants ciblés par la vaccination, Juin 2018 » **ou consulter l'infirmière responsable en immunisation au CSI ou à la DRSP pour déterminer si le vaccin peut être offert ou non.**

Date d'administration : _____ / _____ / _____
 aaaa / mm / jj

Heure : _____ : _____

Nom de la sage-femme : _____

Numéro de permis : _____

OU de l'infirmière : _____

Numéro de permis : _____

