



Centre de Santé et Services Sociaux Inuulitsivik
Inuulitsivik Health & Social Services Centre
Puvirnituk, 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**

Mère: _____

Père: _____

Village: _____

Nom du bébé: _____ Date de naissance: _____

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

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 TNF α (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 : _____

Nom de l'usager :

Date de naissance :

dossier :

Formulaire de vaccination pour le BCG

Mère: _____

Père: _____

Village: _____

Vaccination indiquée

Vaccination contre-indiquée – Inscrire le numéro de la question correspondant à la contre-indication : _____

Refus du parent

Report de la vaccination - raison : _____

Consentement à la vaccination obtenu du parent? Oui Non

Nom et prénom du parent : _____

Vaccin : BCG lyophilisé avec glutamate (Japan BCG Laboratory)

lot : _____ date d'expiration : _____

Dose : 0,05 ml ID

Site d'administration : deltoïde gauche deltoïde droit

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

Nom de l'infirmière : _____

No permis : _____