



Embosser carte ici

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

À l'usage du CLSC de :

MATERNELLE



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 sinon compléter la vaccination			
<input type="radio"/> Diphtérie - coqueluche - tétanos	<input type="radio"/> Polio	<input type="radio"/> Hib	<input type="radio"/> Rougeole
<input type="radio"/> Rubéole - oreillons	<input type="radio"/> Varicelle	<input type="radio"/> Méningocoque	<input type="radio"/> Pneumocoque
<input type="radio"/> Hépatite A - offert dans le cadre de la campagne de vaccination contre l'hépatite A au Nunavik			

Statut vaccinal : Complet Incomplet

Vaccins requis pour compléter la vaccination :

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	_____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	_____

Vérifier par : _____ Date : _____

Vaccination maternelle

(pour la vaccination à l'école, le consentement des parents doit être obtenu au préalable)

Nom du vaccin	# lot	Dose	Site	Date aaaa/mm/jj	Heure	Remarque	Signature de la vaccinatrice Numéro de permis
				__ \ __ \ __	__ : __		
				__ \ __ \ __	__ : __		
				__ \ __ \ __	__ : __		
				__ \ __ \ __	__ : __		