CTU-0236

VACCINATION SCOLAIRE MATERNELLE

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
❒ Diphtérie – Coqueluche - Tétanos			
❒ Polio			
❒ HiB			
❒ Rougeole - Varicelle	** Attention, intervalle à respecter entre un Ig ou autre produit sanguin et un vaccin RRO.*		
❒ Rubéole – Oreillons	** Attention, intervalle à respecter entre un Ig ou autre produit sanguin et un vaccin RRO.*		
❒ Hépatite A			
❒ Hépatite B			
❒ Méningocoque			
❒ Pneumocoque			

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination maternelle

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

Antigènes	Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
dcaT - VPI	❒ Adacel - Polio ❒ Boostrix-Polio			❒ 0,5 ml, IM		
❒				❒		
❒				❒		
❒				❒		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis