CTU-0237

VACCINATION SCOLAIRE 4E 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**
❒ Hépatite A			
❒ VPH			
❒			
❒			
❒			
❒			
❒			
❒			
❒			

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination 4e année

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

Antigènes	Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
HA	❒ Vaqta ❒ Havrix			❒ 0,5 ml, IM		
VPH	❒ Gardasil 9			❒ 0,5 ml, IM		
❒				❒		
❒				❒		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis