

FORMULAIRE D'ÉVALUATION PRÉ VACCINALE

Enfant âgé de 7 semaines à 23 mois

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DDN : ____ / ____ / ____

aaaa / mm / jj

SEXE : M F

MÈRE : _____

PÈRE : _____

CLSC : _____

ADRESSOGRAPHE

Évaluation pré-vaccinale	
1. Selon le(s) parent(s), l'enfant présente-t-il un problème connu 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 (frère, soeur) ou parmi ses cousins-cousines, 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 qu'il y a absence de sérologie VIH faite chez la mère biologique durant la grossesse ou chez l'enfant?	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 les 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 a un TCT antérieure ≥ 5 mm (si âgé de 6 semaines et plus)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
8. L'enfant est-il déjà eu une réaction allergique de type anaphylactique suite à avoir reçu un vaccin?	
9. Si oui, précisez : Vaccin : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Réaction : _____	
11. Est-ce que l'enfant présente une affection cutanée étendue ou brûlures étendues?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12. 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"/>
13. Est-ce que l'enfant a reçu un vaccin vivant dans les 4 dernières semaines?	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 Sections/Vaccins/Tuberculose/ BGG glutamate lyophilisé) 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 au CSTU ou à la DRSP pour déterminer si le vaccin peut être offert ou non.

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE : _____ Date : ____ / ____ / ____
aaaa/mm/jj

Formulaire de vaccination pour le BCG

DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DDN : ____ / ____ / ____

aaaa / mm / jj

SEXE : M F

MÈRE : _____

PÈRE : _____

CLSC : _____

ADRESSOGRAPHE

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 (enfant âgé de moins de 12 mois)

DOSE : 0,1 ml ID (enfant âgé de 12 mois et plus)

SITE D'ADMINISTRATION : deltoïde gauche deltoïde droit

DATE D'ADMINISTRATION : ____ / ____ / ____ HEURE : ____ : ____
 aaaa/mm/jj

SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE : _____ No permis : _____