

Nom (en caractère d'imprimerie)		Date de naissance	Sexe	Pays de résidence
Adresse		Ville	État	Code postal
Téléphone		Pour les personnes de 19 ans et moins, veuillez inscrire le nom de jeune fille de la mère		
Numéro de la demande Medicare		Nom du médecin		
Fournisseur d'assurance maladie		Adresse du médecin		
Numéro de police	Emplacement de la clinique/du cabinet où le vaccin est administré		Permission du NYSIIS ≥ 19 ans <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

Veuillez répondre aux questions ci-dessous pour vous-même ou au nom de la personne recevant le vaccin.

- Non  Oui Faites-vous de la fièvre en ce moment?
- Non  Oui Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à tout composant (ou une partie) du vaccin antigrippal ou antipneumococcique?  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Non  Oui Avez-vous déjà souffert du syndrome de Guillain-Barré dans les six semaines après avoir reçu le vaccin antigrippal?
- Non  Oui Avez-vous déjà reçu un vaccin antipneumococcique?
- Non  Oui Fumez-vous ou souffrez-vous de problèmes de santé comme de l'asthme, une cardiopathie ou une pneumopathie?  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Non  Oui Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave aux œufs ou aux produits dérivés d'œufs?
- Non  Oui Êtes-vous enceinte?
- Non  Oui Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous d'asthme ou de respiration sifflante?
- Non  Oui Êtes-vous un(e) enfant ou un adolescent(e) traité(e) à long terme par aspirine?
- Non  Oui Votre système immunitaire est-il affaibli ou êtes-vous en contact rapproché avec une personne au système immunitaire extrêmement affaibli et nécessitant des soins particuliers?
- Non  Oui Avez-vous reçu d'autres vaccins au cours des quatre dernières semaines?
- Non  Oui Avez-vous pris un médicament antiviral contre la grippe au cours des 48 dernières heures?

### Consentement pour le vaccin antigrippal

J'ai lu ou on m'a expliqué le contenu de l'énoncé concernant la vaccination (Vaccine Information Statement, VIS) **antigrippale**. J'ai eu la possibilité de poser des questions pour lesquelles j'ai obtenu des réponses satisfaisantes et je comprends les avantages et les risques de la vaccination comme indiqué. Je demande à recevoir le vaccin **antigrippal** (ou à ce que la personne nommée ci-dessus et pour qui je suis autorisée à effectuer la présente demande, reçoive le vaccin). J'autorise la divulgation de tous renseignements médicaux ou autres renseignements exigés pour le traitement d'une demande assurance maladie, d'une autre demande ou à d'autres fins de santé publique. J'ai reçu une copie de la déclaration des droits du patient (Patient Bill of Rights).

Signature du receveur (parent ou tuteur)

Date

### Consentement pour le vaccin antipneumococcique

J'ai lu ou on m'a expliqué le contenu de l'énoncé concernant la vaccination (Vaccine Information Statement, VIS) **antipneumococcique**. J'ai eu la possibilité de poser des questions pour lesquelles j'ai obtenu des réponses satisfaisantes et je comprends les avantages et les risques de la vaccination comme indiqué. Je demande à recevoir le vaccin **antipneumococcique** (ou à ce que la personne nommée ci-dessus et pour qui je suis autorisée à effectuer la présente demande, reçoive le vaccin). J'autorise la divulgation de tous renseignements médicaux ou autres renseignements exigés pour le traitement d'une demande assurance maladie, d'une autre demande ou à d'autres fins de santé publique. J'ai reçu une copie de la déclaration des droits du patient (Patient Bill of Rights).

Signature du receveur (parent ou tuteur)

Date

### Espace ci-dessous à remplir par l'infirmière

#### Vaccin antigrippal

Date de l'administration \_\_\_\_\_

Zone d'administration  Bras gauche  Bras droit  Voie nasale  
 Cuisse gauche  Cuisse droite

Dose  0,5 ml  0,25 ml  VVAI

Numéro du fabricant et numéro de lot \_\_\_\_\_

Date de VIS \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

Prochaine immunisation :  l'an prochain  dans quatre semaines  
 autre \_\_\_\_\_

#### Vaccin contre la maladie pneumococcique

Date de l'administration \_\_\_\_\_

Zone d'administration  Bras gauche  Bras droit  
 Cuisse gauche  Cuisse droite

Numéro du fabricant et numéro de lot \_\_\_\_\_

Date de VIS \_\_\_\_\_

Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

Prochaine immunisation :  aucune nécessaire  
 autre \_\_\_\_\_