



CTU-0129

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

B. À COMPLÉTER EN PRÉSENCE DU PATIENT**TCT**Le parent ou le représentant légal de l'enfant : Consent au TCT Refuse le TCT

Raison du refus, s'il y a lieu : _____

TCT réalisé le : _____ (aaaa/mm/jj)

Heure : _____

N° de lot : _____

Site : _____

Nom de l'infirmière : _____

Lecture du TCT le : _____ (aaaa/mm/jj)

Heure : _____

Résultat du TCT : _____ mm

Nom de l'infirmière : _____

Interprétation du résultat : Significatif Non-significatif Consigné au registre de vaccination (SI-PMI) Consigné au carnet vaccinal**ÉVALUATION PRÉ-VACCINALE****Oui****Non**

12. Est-ce que l'enfant présente actuellement une maladie aiguë modérée ou grave avec ou sans fièvre?

13. Est-ce que l'enfant présente actuellement une affection cutanée étendue?

14. L'enfant a-t-il déjà eu une réaction importante ou allergique de type anaphylactique suivant l'administration d'un vaccin?

15. Est-ce que l'enfant a reçu un vaccin vivant, excluant le vaccin oral contre le rotavirus, dans les 4 dernières semaines?

Si vous avez répondu **OUI** à l'une des questions 12,13, 14 ou 15, référez-vous au PIQ ou consultez l'infirmière responsable en immunisation au CSI/CSTU ou à la DSPu pour déterminer si le vaccin peut être offert ou non.**CONSENTEMENT À LA VACCINATION**Est-ce que la vaccination est : Indiquée Contre-indiquée

Si elle est contre-indiquée, inscrire le numéro de la question correspondant à la contre-indication : _____

Le parent ou le représentant légal de l'enfant:

 Consent à la vaccination de l'enfant avec le BCG Refuse la vaccination de l'enfant avec le BCGRaison du refus, s'il y a lieu : _____ Consentement obtenu de : Mère Père Tuteur

Raison du report de la vaccination, s'il y a lieu : _____ Nouvelle date de vaccination, si connue : _____ (aaaa/mm/jj)

DÉTAILS DU VACCIN ADMINISTRÉ

Date et heure	Âge de l'enfant	Nom du vaccin	N° de lot	Date d'exp.	Dose	Site
(aaaa/mm/jj) (hh :mm)		<input type="checkbox"/> BCG - Japan		(aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> 0,05 ml ID (âgé < 12 mois) <input type="checkbox"/> 0,1 ml ID (âgé ≥ 12 mois)	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
<input type="checkbox"/> Consigné au registre de vaccination (SI-PMI) <input type="checkbox"/> Consigné au carnet vaccinal						

Nom du vaccinateur : _____ N° de permis : _____

Lieu de vaccination (LDS): _____ Signature du vaccinateur : _____ Date : _____