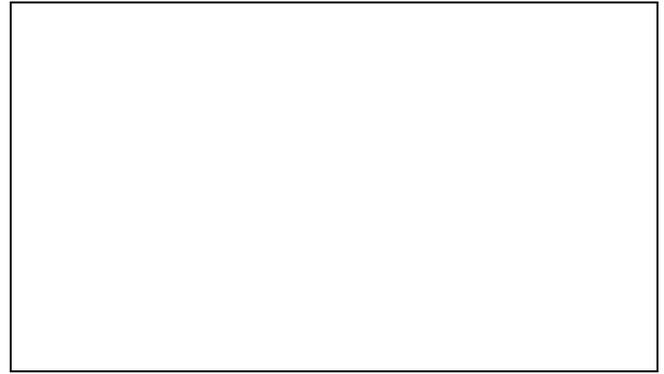


CTU-0236



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
<input type="checkbox"/> Diphtérie – Coqueluche - Tétanos			
<input type="checkbox"/> Rubéole - Oreillons			
<input type="checkbox"/> Polio			
<input type="checkbox"/> Varicelle			
<input type="checkbox"/> Hépatite A			
<input type="checkbox"/> Hépatite B			
<input type="checkbox"/> Méningocoque			
<input type="checkbox"/> Pneumocoque			
<input type="checkbox"/> HiB			
<input type="checkbox"/> Rougeole			

** Attention, intervalle à respecter entre un Iq ou autre produit sanguin et un vaccin RRO.*

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination maternelle

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

Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
<input type="checkbox"/> dcaT – VPI (Adacel – polio)			<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis