

VACCIN CONTRE LA GRIPPE 2016-2017

EXAMEN DE SANTÉ & AUTORISATION DE VACCINER

NPI: _____

School Name: _____

Nom Complet :		Né/e le : / /	Age :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse, Rue :		Ville:	Code Postal :	Téléphone pendant la Journée :
Classe :	Enseignant :		Unité (District) Administrative Scolaire	

Est-ce que cette personne est un Indien d'Amérique ou un Natif de l'Alaska ? oui non

Est-ce que cette personne n'est pas assurée ? oui non

Est-ce que cette personne est assurée par MaineCare (Medicaid) ? oui non

MaineCare ID #: _____

Assurance Maladie Privée : _____ oui non

Nom de la Compagnie : _____

Numéro d' ID : _____ Numéro du Groupe : _____

Nom du Souscripteur : _____ Date de naissance du souscripteur : _____

Nom du Médecin : _____ Numéro de Téléphone : _____

Veillez répondre aux questions suivantes à propos de la personne nommée ci dessus. Les commentaires peuvent être écrits au recto du présent formulaire.

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
1) Est-ce que cette personne a une allergie grave (mortelle) aux œufs ?		
2) Est-ce que cette personne a déjà eu une réaction sévère à une vaccination contre la grippe dans le passé ?		
3) Est-ce que cette personne a déjà souffert du syndrome de Guillain-Barré ?		

Si vous avez répondu «oui» à une des questions entre 1 et 3, veuillez consulter votre médecin au sujet du vaccin contre la grippe

AUTORISATION DE VACCINER

- Ayant reçu une copie du Document d'Information sur le Vaccin contre la Grippe, je l'ai lu ou on me l'a expliqué, et je comprends les avantages et les risques du vaccin contre la grippe.
- Je donne mon autorisation pour que cette vaccination soit enregistrée dans le Registre de l'ImmPact.
- Je donne l'autorisation d'utiliser cette information pour facturer MaineCare ou une compagnie d'assurance privée pour le coût de fourniture du vaccin.
- Je donne mon consentement pour que cette personne reçoive le vaccin le plus approprié, tel que déterminé par le personnel de santé de la clinique.
- **J'autorise que le vaccin contre la grippe soit administré à la personne nommée ci-dessus, en signant ci-dessous.**

X _____ Date : _____

Signature du parent ou gardien si la personne à vacciner est mineure, ou Signature de l'adulte qui se fait vacciner

Nom du parent/gardien en caractères d'imprimerie : _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose	State Supplied Y N