

# VACCIN CONTRE LA GRIPPE FORMULAIRE D'EXAMEN MÉDICAL ET D'AUTORISATION

Année scolaire :

NPI :

Établissement :

Nom complet :		Né/e le : / /	Âge :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse, rue :		Ville :	Code postal :	Téléphone pendant la journée :
Classe :	Enseignant :		Unité administrative scolaire (District)	

Est-ce que cette personne est Indien d'Amérique ou natif d'Alaska ?  oui  non

Est-ce que cette personne est non assurée ?  oui  non

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

MaineCare ID n° : \_\_\_\_\_

Assurance maladie privée ?  oui  non

Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

ID n° : \_\_\_\_\_ Numéro de groupe : \_\_\_\_\_

Nom du souscripteur : \_\_\_\_\_ Date de naissance du souscripteur : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Veillez répondre aux questions suivantes concernant la personne nommée ci-dessus.** Vous pouvez ajouter des commentaires au verso de ce formulaire.

OUI NON

1) Cette personne a-t-elle une allergie grave (mortelle) aux œufs ?		
2) Cette personne a-t-elle déjà eu une réaction grave à une vaccination contre la grippe ?		
3) Cette personne a-t-elle déjà souffert du syndrome de Guillain-Barré ?		
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions 1-3, veuillez consulter votre médecin au sujet du vaccin contre la grippe.</b>		
4) Cette personne est-elle asthmatique / a une respiration sifflante / a moins de 5 ans et a déjà eu une respiration sifflante / a des problèmes de cœur, de reins, de poumon / est diabétique / est enceinte ou allaitante ?		
5) Cette personne prend-elle régulièrement de l'aspirine ou un médicament contenant de l'aspirine ? (Il ne faut pas donner de l'aspirine aux enfants et aux adolescents au cours des 4 semaines après administration de FluMist.)		
6) Cette personne a-t-elle un système immunitaire faible, ou a-t-elle été en contact avec une personne ayant un système immunitaire extrêmement faible ?		
7) Cette personne a-t-elle reçu du Tamiflu, Relenza, de l'amantadine, ou de la rimantadine dans les 48 heures ?		
8) Cette personne a-t-elle été vaccinée dans le cadre d'un traitement quelconque au cours des 4 dernières semaines ? Si oui : Type _____ Date _____		
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions 4-7, cette personne ne peut pas bénéficier du vaccin nasal contre la grippe.</b>		

## AUTORISATION DE VACCINER

- J'ai reçu une copie du Document d'information sur le vaccin contre la grippe, je l'ai lu ou on me l'a expliqué, je comprends les avantages et les risques du vaccin contre la grippe.
- Je donne mon autorisation pour que les informations sur cette vaccination soient enregistrées dans la base de données Immunisations du système informatique de l'État du Maine, ImmPact.
- Je donne mon autorisation pour utiliser les informations dans le cadre de la facturation du coût de fourniture du vaccin à MaineCare ou une compagnie d'assurance privée.
- **Je donne mon autorisation pour que le vaccin contre la grippe soit administré à la personne nommée plus haut en signant ci-dessous.**

X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Signature du parent ou tuteur si la personne à vacciner est mineure, ou signature de l'adulte qui se fait vacciner.**

Nom du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

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 vial	

								Fourni par l'État O N
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------