



CTU-0237

Dossier :

Nom :

Prénom :

DDN :

NAM :

VACCINATION SCOLAIRE 4^E ANNÉE

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
☐ Hépatite A			
☐ VPH			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			
☐			

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination 4^e année

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

Antigènes	Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
HA	☐ Vaqta ☐ Havrix			☐ 0,5 ml, IM		
VPH	☐ Gardasil 9			☐ 0,5 ml, IM		
☐				☐		
☐				☐		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis