



CTU-0238

Dossier :

Nom :

Prénom :

DDN :

NAM :

VACCINATION SCOLAIRE SECONDAIRE 0

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
☐ Diphtérie – Tétanos	* Dont 1 dose après l'âge de 10 ans		
☐ Coqueluche			
☐ Polio			
☐ Rougeole - Varicelle	* Attention, intervalle à respecter entre un Iq ou autres produits sanguins et un vaccin RRO.		
☐ Rubéole – Oreillons	* Attention, intervalle à respecter entre un Iq ou autres produits sanguins et un vaccin RRO.		
☐ Hépatite A			
☐ Hépatite B			
☐ Virus du papillome humain			
☐ Méningocoque	* Dont 1 dose de vaccin conjugué quadrivalent ACWY après l'âge de 10 ans		

Consentement signé reçu le : _____ Initiales : _____

Remarques : _____ Initiales : _____

Vaccination secondaire 0

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

Antigènes	Nom du vaccin	Date	# Lot	Dose	Site d'injection	Initiales
dT (ou dcaT selon disponibilité)	☐ td adsorbées ☐ :			☐ 0,5 ml, IM		
Men-C-ACWY	☐ Nimenrix ☐ :			☐ 0,5 ml, IM		
☐				☐		
☐				☐		
☐				☐		

Remarques : _____ Initiales : _____

Identification des intervenants :

Initiales	Noms en lettres moulées	Signatures	Titres et numéros de permis