2025-2026 Formulaire de consentement à la vaccination contra la grippe saisonnière (influenza) +/- COVID

malaise ? Avez-vous déjà eu une réaction à une vaccination antérieure (ex. urticaire, évanouissement, difficulté à respirer)? Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les œufs), aux composants des vaccins ou au latex ? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ? Avez-vous des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ? Étes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous reçu une série complète de vaccins COVID-19 ? □Oui □ Non Vaccin contre le zona ? □Oui □ Non Vaccin contre la grippe ? Avez-vous reçu une série complète de vaccins COVID-19 ? □Oui □ Non Vaccin contre le zona de guertier, et les ont des dévines de sous des des des des des des des des des de	Section 1 : R	ENSEIGN	EMENTS SUR LE F	PATIENT							
Section 2 : Questionnaire de dépistage Au cours des 10 demiers jours, avez-vous ressentif un des symptômes suivants : fièvre, nouveille toux ou aggravation d'une toux chronique, nouveil essouffement ou d'influid à respirer ou aggravation de celui-d, mai de gerge, écculement nasal, sensation de malaise? Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les œufs), aux composants des vaccins ou au latex ? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtse-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtse-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtse-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtse-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grape ? Prenez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grape ? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de l	Nom : Prénom :			N° Ass. maladie provincial :		Sexe: M F		Âge :			
Auc zuvos des 10 demiers jours, avez-vous ressentif fun des symptômes suivants : fièvre, nouvelle toux ou aggravation d'une toux chronique, nouvelle sessulfiement ou difficulté à respirer ou aggravation de celui-di, mai de gorge, écoulement nasal, sensation de maiaise? Avez-vous dés à leur préaction à une vaccination antérieure (ex. urticaire, évanouissement, difficulté à respirer)? Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les œufs), aux composants des vaccins ou au latex? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtres-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous un antibioagulant ou souffirez-vous d'un trouble de coagulation? Avez-vous des antibioédents de syndrome outoir-respiratoire ? Avez-vous des antibioédents de syndrome outoir-respiratoire ? Avez-vous que une série complète de vaccins COVID-19? FDOLI TI Non Vaccin ontre la grippe ? Étes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous fintention de tomber enceinte ? Exercisous requi une série complète de vaccins COVID-19? FDOLI TI Non Vaccin ontre le zona ? IDOLI IT Non Vaccin ontre la grippe ? Section 3 : CONSENTEMENT ACCORDÉ PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR Se cessignée, en ma qualle de paidre, peert ou basel, confirme voit la cre que vetellement les reseguentes à proçue de vaccins COVID-19? FDOLI TI Non Vaccin ontre le preuvencier FDOLI IT Non Vaccin ontre la grippe ? Section 3 : CONSENTEMENT ACCORDÉ PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR Se cessignée, en ma qualle de paidre, peert ou basel, confirme voit la cre que vetellement les reseguentes à proçue de vaccins (course) de partie peut de paidre de vaccins course des que vaccins course de la vaccin course des que vaccins course de la vaccin course de paidre de vaccins course de paidre de la vaccin course de	Téléphone :		Date de naissa	nce (MM/JJ/AAAA) :	Nom du contact en cas d	'urgence	et téléphone :				
Au cours des 10 demines jours, avez-vous ressentif Tun des symptômes suivants : fièvre, nouvelle toux ou aggravation d'une toux d'horinique, nouvel essoulifiement ou difficulté à respirer ou aggravation de celui-ci, mai de gorge, écoulement nasal, sensation de maislise ? Avez-vous dés à eu une réaction à une vaccination antérieure (ex. urticaire, évanouissement, difficulté à respirer)? Avez-vous des antécidements qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des antécédents de syndrome oculo-respiratoire ? Avez-vous eu des antécédents de syndrome oculo-respiratoire ? Avez-vous enceinte, allalitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous enceinte, allalitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Section 3 : CONSENTEMENT ACCORDÉ PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR Le secsatiqué, en ma qualté de patient, pared ou situeur, outriens avoit le ou require vérelement de revealments à sirrous de vaccin. Con rin a comé l'ocassin de pose des certifices en le section de la consideration de la contraction de la contr	Adresse:			Ville :	Pro	vince :	Code p	postal :			
chronique, nouvel essouffiement ou difficulté à respirer ou aggravation de celui-ci, mal de gorge, écoulement nasal, sensation de malaise ? Avez-vous déjà eu une réaction à une vaccination antérieure (ex. urticaire, évanouissement, difficulté à respirer)? Avez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou étes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous un anticoagulant ou souffrez-vous d'un trouble de coagulation ? Prenez-vous un anticoagulant ou souffrez-vous d'un trouble de coagulation ? Avez-vous eu des antécédents de syndrome ouloi-respiratoire ? Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ? Étes-vous enceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous reput une série compilée de vaccins COVID-19 7 CIOUII Non Vaccin contre le zona ? CIOUII Non Vaccin contre la preumonie? Section 3 : CONSENTEMENT ACCORDÉ PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR B causagnété, a ma qualita de pareur poets ou blour, confirme voor tu or requi verteurent les renegements à propos du vaccin. De ma donné l'occasion de posar des questions, et aux oit été content de l'épois soffiniers de la confirme voir ou lours, vourbrevent les renegements à propos du vaccin. De ma donné l'occasion de posar des questions, et aux oit été content de l'épois soffiniers de la confirme voir ou lours, vourbrevent les renegements à propos du vaccin. De ma donné l'occasion de posar des questions, et aux oit été content de l'épois soffiniers de la confirme de l'apput soffiniers de la confirme de la confirme de l'apput soffiniers de la confirme de l'apput soffiniers de la confirme de la confirme de l'apput soffiniers de la confirme de la confirm	Section 2 : Q	uestionna	ire de dépistage								
Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les coufs), aux composants des vaccins ou au latex ? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Avez-vous des antécédents de syndrome coulo-respiratoire ? Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe? Avez-vous enciente, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous exe une série compète de vaccins COVID-19 ? Dou Non Vaccin contre le zona ? Dou Non Vaccin contre la preumonie? Dou Non Vaccin contre le zona ? Dou Non Vaccin contre la preumonie? Dou Non Vaccin contre le zona ? Dou Non Vaccin contre le grippe? Dou Non Vaccin contre le zona ? Dou Non Vaccin contre le grippe? Dou Non Vaccin contre le zona ? Dou Non Vaccin contre la preumonie? Dou Non Vaccin contre la grippe? Dou Non Vaccin contre la grippe. Dou Non Vaccin contre la grippe? Dou Non Vaccin contre la grippe? Dou Non Vaccin contre la grippe. Dou Non Vaccin contre la grippe. Dou Non Vaccin contre la g	chronique, nouvel essoufflement ou difficulté à respirer ou aggravation de celui-ci, mal de gorge, écoulement nasal, sensation de								□ Oui □ Non		
Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)? Prenez-vous des antécédents de syndrome coulo-respiratoire? Avez-vous eu des antécédents de syndrome coulo-respiratoire? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous en ceinte, aliaitez-vous ou avez-vous l'intention d'un vaccin contre la grippe? Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Culliain-Barré dans la praintent de pour des des reconsistents de l'avez-vous eve des reconsistents de pour des pour des pour des des reconsistents de devier de pour satisfairante. Le partie de patient, partie de patient, partie de patient, partie de patient, partie al patient de patient partie patient de patient, partie de patient de patient partie patient de la barriage de patient, partie de de patient, partient de patient de patient	Avez-vous déjà eu une réaction à une vaccination antérieure (ex. urticaire, évanouissement, difficulté à respirer) ?								□ Oui □ Non		
Prenez-vous des niteut-animents qui antecteur vous d'un trouble de coagulation ? Avez-vous des antécédents de syndrome oculor-respiratoire ? Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ? Dites-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous reçu une série complète de vaccins COVID-19 ? Dul Non Vaccin contre le zona ? Dul Non Vaccin contre la prieuronie? Dul Non Section 3 : CONSENTEMENT ACCORDÉ PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR Be sussippée, en na qualité de patient, parent ou liteur, confirme avoir la su useu verbalement les remesgenements à pripos du vaccis. On m'a donne l'occasion de poser des questions, et les ois été données de laçon satisficiaire. Je comprents les reques et les berifices du vaccin . de conserné à alternét dans la pharmacle pendent un minimum de 15 minuter (sou build undére recont et au conserver) de la possible d'aver une réaction alergiace à n'un de conserné à alternét dans la pharmacle pendent un minimum de 15 minuter (sou build undére recont et au conserver) des possible d'aver une réaction alergiace à l'indice à respire, criffune de la largue, de la goage ou des la eule conserver qu'e le possible d'aver de la vaccin souraite une destinant apprendent du vaccin contraine au, des consernés du vaccin. Des contraines au contraine au des discinsissations de la souraite de contraine au cours de la graphic que les informations contenues dans ce formulaire pour anterior de celle des pourair récessers le récolor gire se pour de depérdent en que le veux representation au des autre et le vaccin ; sus conserteurs des celles quaires informations contenues dans ce formulaire pour et que les serves de la graphic et de la graphic les et des informations et la d'alleur informations contenues dans ce formulaire pour et de source de la source se les informations et la d'alleur informations contenues dau contraine et que les informations et de la d'alleur information	Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les œufs), aux composants des vaccins ou au latex ?								□ Oui □ Non		
Avez-vous des antécédents de syndrome oculo-respiratoire? Avez-vous eu des antécédents de syndrome oculo-respiratoire? Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe? Îtes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous requ une série complète de vaccins COVID-19 ? □ Oui □ Not	Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé(e)?								□ Oui □ Non		
Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ? Étes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ? Avez-vous reçu une série complète de vaccins COVID-19 ? Doui Non Vaccin contre le zona ? Doui Non Vaccin contre la pneumonie? Doui Non Vaccin contre la preumonie? Doui Non Vaccin Non Vaccin contre la preumonie? Doui Non Vaccin Vaccin Vaccin Vaccin Vaccin Vaccin Vaccin Vaccin	Prenez-vous un anticoagulant ou souffrez-vous d'un trouble de coagulation ?										
Eles-vous enceinte, allalitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte? Avez-vous requi une série complète de vascins COVID-19? Dui Non Vaccin contre le zona? Dui Non Vaccin contre la pneumonie? Dui Vaccin contre la pneumonie? Dui	Avez-vous des antécédents de syndrome oculo-respiratoire ?								□ Oui □ Non		
Avez-vous reçu une série complète de vaccins COVID-19 ? IOu il Non Vaccin contre le zona ? Oui Non Vaccin contre la pneumonie? Oui No Vaccin contre le zona ? Oui Non Vaccin contre la pneumonie? Oui No Vaccin contrelate pour la pneumonie? Oui No Vaccin Contrelate	Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe ?							ope?	□ Oui □ Non		
Section 3 : CONSENTEMENT ACCORDÉ PAR LE PATIENT OU LE TUTEUR to pousagnéée), en ma qualité de patient, parent ou tuteur, confirme avoir lu ou reçui verbalement les renseignements à propos du vacon. On m'a donné l'occasion de poser des questions, et les caracteristes de l'accon. Le comisen à altérofre dans la pharmacie pendart un minimum de 15 minutes (soi toute durée recent après avoir reçoi le vacon. Le compens de la directification de l'accon. Le comisen à altérofre dans la pharmacie pendart un minimum de 15 minutes (soi toute de recent après avoir reçoi le vacon. Des cortains cas, des réactions greves pouvent survenir et constituire un disperse pervent survenir et constituire un disperse pervent survenir et constituire un disperse pervent survenir et constituire un disperse surveix pour l'accon par le nit se manifester not a me nit sous la forme des symptomes su uvants : un'entimisation d'apprense ou de phierriphismo de de phierriphismo de de phierriphismo de des principates que le se service proprietique le lieu discrimination continue des services médicaux d'uperses servoit contactés. Le cas échéant, je recevrai une copie de ce formulaire et deu une copie servi formis de la formis de la formis de la formistant de la formi	Êtes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ?								□ Oui □ Non		
Le accusagnée), en ma qualité de patient, puerd ou utieur, confirme avoir lis out reçu vertaitement les renseignements à propos du vocin. On mit donné foccasion de poser des questions, et les ont été dennées de fogon satisfiaisante. Je comprende les risques et les bénéfices du vacin. Je consens à attendre dans la pharmacle pendant un militimum de 15 minutes (ut loute duive recomprés avoir reçu le vacin. Je comprende ser singue, et les bénéfices du vacin. Dans certains cas, des réactions graves peuvent survenir et constituer un danger de mort. Ce re à c 1 îo n s gra ve s pour rai en 1 se manifester no tamment ao us la forme des symp 16 mes sui vant s' uniticate, difficulté à respirer, enflure de la langue, de la gorge ou des la forme de saint de la constitue de la gorge ou des la formes de la langue, de la gorge ou des la formes de la constitue de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge ou des la formes de la constitue de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge de la gorge ou des la formes de la langue, de la gorge de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la constitue de la gorge de la gorge ou des la formes de la constitue de la constitue de la gorge de mont. Ce la gorge de la gor	Avez-vous reçu une s	série complète	de vaccins COVID-19 ? □Oι	ui □ Non Vaccin co	ntre le zona ? □Oui □ N	lon \	Vaccin contre la pneu	monie? [⊒Oui □ Non		
Le soussignée), en ma qualité de patient, parent ou tuteur, confrine avoir lu out reçu vertailement les renseignements à propos du voccin. On m'a donné l'occasion de poser des questions, et les ont été données de figore satellatisante, à comprende set sinques et les bénéfices du vaccin. Je consens à attendre dans la pharmache pendant un militerum de 15 minutes (ut loute duive recompres avoir reçu le vaccin. de suis conscient qu'il est possible d'avoir une réaction allergique à l'un des composants du vaccin. Dans certains cas, des réactions graves pouvent survenir et constituer un danger de mort. Ce ré à c t lo n s graves pouvrai en t se man l'ester no tamment au us la forme des symp tô mes sui vant s' unitaire, difficulté à respirer, enflure de la langue, de la gorge ou des lé d'une non traite de la prope ou des le d'une promoter de constituer un danger de mort. Ce ré à c t lo n s' graves pouvrai s'ent se manifester no tamment au suis la forme des symp tô mes sui vant s' unitaire, difficulté à respirer, enflure de la langue, de la gorge ou des lé d'une non servir au consider. Le vaccin contaite, le constituer no tamment au s'entre de la gorge ou des le d'une non terre de cédent, le revoure une constituer en de vaccin au s'entre de la langue, de la gorge ou des le d'une non terre de cédent, le revoure une constituer en la des	Section 3 : C	ONSENTE	EMENT ACCORDÉ	PAR I F PATIEN	NT OU LE TUTEI	JR					
Nom du patient ou du tuteur (& sa relation avec le patient) Signature du patient ou du tuteur Date de signature (MM/JJ/YAAAA)	comprends que les informa l'innocuité du produit. De p personnelles ou des inform stockage de ce formulaire personnelles ou de santé y de toute responsabilité rela	lus, je comprends ations personnelle t de toutes les in incluses, par cou tive à la législation	dans ce formulaire pourraient égale s que ce formulaire est fourni sous ss sur la santé au sens de la légis formations urriel ou par tout autre moyen num on applicable en matière de vie pr	ement être transmises aux au s forme de modèle et que les slation applicable en matière c érique. Je libère donc le créa rivée.	torités de santé et à d'autres s informations (OBJ); l'inclus dar de vie privée. Je suis pleineme teur, éditeur ou toute autre er	intervena ns ce form ent consci ntité impliq	ants afin de signaler les el mulaire peuvent constitu ient des risques liés à l'en quée dans la production ou	ffets indésin le r [OBJ] de nvoi, à la so u la distribu	irables et d'assurer es informations coumission ou au ution de ce formulair		
USAGE EXCLUSIE DE LA PHARMACIE : Section 4 : Documentation des vaccins FLUZONE® 0.5mL IM seringue préremplie DIN 2420643											
0.5mL IM seringue préremplie DIN 2420643	·	·	. ,	Ç		ccins		s (IVIIVI/33/1			
□ 0.5mL IM 5mL fiole multidose DIN 2365936 Vaccin anti-grippal Lot #: Date d'expiration (JJ/AAAA) Vaccin #2 Date d'expiration (JJ/AAAA) Site d'administration: □ Bras gauche □ Bras droit □ par narine	FLUZONE [®] □ 0.5mL IM sering préremplie DIN 2420643		□ FLUAD Pediatric [®] 0.25mL IM seringue préremplie	□ FLUAD [®] 0.5mL IM seringue préremplie	□ FLUZONE [®] High-Dose QUAD 0.5mL IM seringue préremplie		□ FLUVIRAL [®] 0.5mL IM	Vac	cin/ Autre		
anti-grippal □ Bras gauche □ Bras droit □ par narine □ (MM/JJ/AAAA) : Vaccin #2 □ Date d'expiration (JJ/AAAA) Site d'administration : □ Bras gauche □ Bras droit □ Bras droit □ Heure de vaccination : □ Bras gauche □ Bras droit □ Signature :	□ 0.5mL IM 5mL fiole multidose		0.5mL IM	□ 0.5mL IM seringue préremplie	□ FLUMIST QUAD 0.1mL par narine DIN 02426544 0.5mL IM seringue préremplie						
#2 □ Bras gauche □ Bras droit □ Signature :			Date d'expiration (JJ/AAAA)		·		Heure de vaccination :	Date de vaccination (MM/JJ/AAAA) :			
			Date d'expiration (JJ/AAAA)				Heure de vaccination :				
NS Only Condition du patient avant : Réponse pendant : Réponse après l'administration :	Nom du professionnel d	le la santé et n°	de permis :			Signati	ure :	1			
	NS Only Condition	n du patient ava	ant:	Réponse pendant :	Réponse pendant :			Réponse après l'administration :			