



Association québécoise
des pharmaciens
propriétaires

Questionnaire d'évaluation et de vaccination en pharmacie

Section A : À compléter par la pharmacie

Identification du patient		
Apposer l'étiquette d'identification comprenant : nom complet, adresse et numéro de téléphone	Date (JJ/MM/AAAA)	
	Heure	
	Prise en charge par	
	Vaccins (PQI ou privé)	

Section B : À compléter par le patient

Informations relatives au patient	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) – Âge	
Numéro d'assurance maladie	
Contact en cas d'urgence (Nom et numéro de téléphone)	

Renseignements médicaux		
<i>Veillez cocher la case appropriée pour chacune des questions suivantes</i>	Oui	Non
Avez-vous des allergies? Exemples : latex, thimérosal, œufs, gélatine. Si oui, précisez :		
Avez-vous des intolérances? Si oui, précisez :		
Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave nécessitant des soins d'urgence? Si oui, précisez :		
Avez-vous déjà eu des étourdissements ou perdu connaissance lors de l'administration d'un vaccin?		
Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin nécessitant une attention médicale? Si oui, précisez :		
Avez-vous un système immunitaire affaibli dû à une condition médicale ou à un médicament? Si oui, précisez :		
Avez-vous un trouble hématologique (coagulation)?		
Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au courant de la dernière année?		
Faites-vous de la fièvre présentement ou en avez-vous fait dans les dernières 24 heures?		
Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ou croyez-vous l'être?		

Commentaires additionnels	

Questionnaire d'évaluation et de vaccination en pharmacie (suite)

Section C :
À compléter par le professionnel de la santé

Identification du professionnel de la santé		
	Identification du prescripteur	Identification du vaccinateur (si différent que celui du prescripteur)
Nom, prénom		
Numéro de licence		

Liste de validation		
Éléments à valider	Oui	Non
Le consentement a été obtenu auprès du patient ou de son tuteur.		
Les critères d'admissibilité au PQI (gratuité) pour la grippe, pneumocoque ou autre ont été vérifiés.		
Les explications, risques et bénéfices ont été donnés au patient ou à son tuteur.		
L'absence de contre-indications a été validée.		
Les antécédents d'immunisation ainsi que le calendrier de vaccination ont été vérifiés pour s'assurer que le vaccin est administré en temps recommandé.		
Toutes les questions du patient ont été répondues.		

Je confirme avoir reçu les explications relatives aux bénéfices et aux effets du vaccin. J'ai été avisé(e) de rester sur les lieux pour une période minimale de quinze (15) minutes après avoir reçu le vaccin.

Signature du patient

Date

Vaccins administrés	
Apposer l'étiquette du vaccin comprenant : nom du produit, DIN, numéro de lot, date d'expiration, site et technique d'injection, dose administrée.	Apposer l'étiquette du vaccin comprenant : nom du produit, DIN, numéro de lot, date d'expiration, site et technique d'injection, dose administrée.

Surveillance post-vaccination		
Tâches à effectuer	Oui	Non
Rappeler les effets secondaires possibles au patient.		
Documenter le dossier-patient.		
Inscrire les vaccins administrés au Registre de vaccination et au carnet de vaccination du patient.		

Signature du professionnel de la santé

Nom en lettres moulées

Date