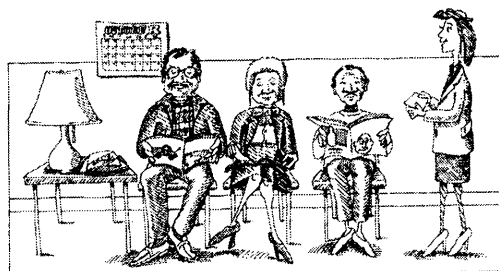


Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (jour) (mois) (année)

# Questionnaire de dépistage pour l'immunisation des adultes



**Pour les patients :** les questions qui suivent nous aideront à déterminer quels vaccins vous pouvez recevoir aujourd'hui. Si vous répondez « Oui » à l'une des questions, cela ne signifie pas forcément que vous n'aurez pas à être vacciné. Cela signifie simplement que l'on devra vous poser des questions complémentaires. Si l'une des questions ne vous paraît pas claire, demandez à votre personnel médical de la clarifier.

	Oui	Non	Je ne sais pas
1. Êtes-vous malade aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous des allergies à certains médicaments, aliments ou vaccins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà fait une réaction forte après avoir reçu un vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous un problème connu de longue date comme une maladie cardiaque ou pulmonaire, une maladie rénale, métabolique (comme le diabète), faites-vous de l'asthme ou êtes-vous anémique ? Êtes-vous atteint d'une autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous le cancer, la leucémie, le SIDA ou un autre problème immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Prenez-vous de la cortisone, de la prednisone, d'autres stéroïdes ou des médicaments contre le cancer, ou avez-vous reçu des traitements de radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous déjà fait des convulsions ou avez-vous déjà eu des problèmes de cerveau ou de nerfs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durant cette dernière année, avez-vous reçu une transfusion sanguine ou de produits du sang, avez-vous pris un médicament appelé gammaglobuline ou avez-vous pris des médicaments antiviraux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou pourriez-vous l'être le mois prochain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous été vacciné durant les 4 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire rempli par : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Formulaire revu par : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Avez-vous apporté votre carnet de vaccination ?**    oui     non

Il est important que vous gardiez un registre de vos vaccinations. Si vous n'avez pas de registre personnel, demandez à votre personnel médical de vous en fournir un. Gardez ce registre dans un endroit sûr et apportez-le à chacune de vos visites. Assurez-vous que votre personnel médical y inscrit toutes vos vaccinations.