

Exemple de questionnaire pour déterminer les contre-indications et les précautions (personnes âgées de moins de 14 ans)

Identification			
Nom _____	Prénom _____		
Date de naissance	année mois jour		
Renseignements médicaux			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notez-vous actuellement un changement dans l'état de santé de votre enfant (comparativement à son état habituel)? ▪ Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Si oui, indiquez la cause : _____ précisez : _____ ▪ Après avoir eu un vaccin, votre enfant a-t-il déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin? Si oui, précisez : Vaccin : _____ Réaction : _____ ▪ Votre enfant a-t-il un problème avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)? ▪ Votre enfant a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois? ▪ Votre enfant souffre-t-il de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical (ex. : hémophilie)? Si l'enfant est âgé de moins de 6 mois : ▪ Est-ce que la mère a pris, pendant sa grossesse, un agent biologique (ex. : Enbrel, Rémicade, Humira) pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex. : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus ou psoriasis)? 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vaccin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Signature du professionnel _____	_____ - _____ - _____ année mois jour		
Mise à jour des renseignements			
Date	Changement	Description du changement	Signature
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____

Le questionnaire doit être adapté en fonction des produits à administrer.

Exemple de questionnaire pour déterminer les contre-indications et les précautions (personnes âgées de 14 ans ou plus)

Identification			
Nom _____		Prénom _____	
Date de naissance	_____ année	_____ mois	_____ jour
Renseignements médicaux			
▪ Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Est-ce que vous avez déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez la cause : précisez : _____	Vaccin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
▪ Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez : Vaccin : _____ Réaction : _____			
▪ Est-ce que vous présentez un problème du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Est-ce que vous avez reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Est-ce que vous souffrez de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Êtes-vous présentement enceinte?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Signature du professionnel _____	_____	_____	_____
	année	mois	jour
Mise à jour des renseignements			
Date	Changement	Description du changement	Signature
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____

Le questionnaire doit être adapté en fonction des produits à administrer.