Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

École primaire Saint-Claude
École : 12155, boul. Saint-Claude,
Québec (Québec) G2B 1H4

VÉRIFICATION DE L'ÉTAT VACCINAL

		M / F
Nom de l'enfant	**Prénom**	**Sexe**

Date de naissance : |_____|____|____| An Ms Jr **Numéro d'assurance-maladie** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date d'expiration |_____|_____| Année Mois

PÈRE : nom et prénom	**MÈRE : nom et prénom**

Adresse :	
Code postal :	Téléphone à la résidence :

REFUS DE LA VACCINATION ☐

À l'aide du carnet de vaccination, compléter les sections suivantes en indiquant bien les dates (année-mois-jour) d'administration des vaccins. En l'absence de carnet (ou autre attestation) vous pouvez obtenir les renseignements requis en communiquant avec le CLSC du territoire de résidence au moment où les vaccins ont été administrés.

Les pages sont à titre indicatifs et selon l'édition du carnet de santé du Québec

IMMUNISATION			
Diphtérie, Coqueluche, Tétanos, Polio, Heamophilus Influenzae Type B page 8-9 ou 10-11			
VACCINS (encercler le vaccin reçu)	**DATE**		
	Année	**Mois**	**Jour**
DCaT-ACT-Hib-Polio (pentacel ou pédiacel)			
DCaT-ACT-Hib-Polio (pentacel ou pédiacel)			
DCaT-ACT-Hib-Polio (pentacel ou pédiacel)			
DCaT-ACT-Hib-Polio (pentacel ou pédiacel)			
dcaT-Polio ou Adacel-Polio ou Boostrix-Polio			

IMMUNISATIONS			
Pneumocoque, page 13 ou 18			
VACCINS (encercler le vaccin reçu)	**DATE**		
	Année	**Mois**	**Jour**
Prevnar, 1e dose ou Synflorix (2 mois)			
Prevnar, 2e dose Synflorix (4 mois)			
Prevnar, 3e dose Synflorix (12 mois)			
Prevnar, 4e dose Synflorix			
Meningocoque, page 11 ou 15			
VACCINS	**Année**	**Mois**	**Jour**
Menjugate ou Méningitec			
Menjugate ou Méningitec			
Autres			

IMMUNISATION			
Rougeole-Rubéole-Oreillons, page 10 ou 14			
VACCINS (encercler le vaccin reçu)	**DATE**		
	Année	**Mois**	**Jour**
Priorix-Tétra ou Proquad ou RROVAR			
MMR ou Priorix ou RRO			
MMR ou Priorix ou RRO			
Varicelle, page 10 **L'enfant a-t-il fait la varicelle ? Oui ☐ Non ☐ Âge : _____**			
Varivax ou Varilrix p. 10 ou 14			

AUTRES VACCINATIONS			
Page 12 -13 ou 16-17 (Hépatite) Page 22-23 ou 28-29 (autres)			
VACCINS	**DATE**		
	Année	**Mois**	**Jour**

Validation faite par

_____

Numéro de Panorama :

Février-2017