



CONFIDENTIEL

Membre de Gespeg – formulaire pour la vaccination COVID-19



à imprimer

Informations pour l'admission

DATE:	HEURE:	AGENT D'ACCUEIL:
-------	--------	------------------

INFORMATION CLIENT

Nom:	Age:	D.O.B.:	Numéro de membre:
Adresse:		Email:	
Cell:		Tél. maison:	
Langue: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Français			
De quelle manière préférez-vous être rejoint: <input type="checkbox"/> tél maison <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Message texte			
Contact urgence (nom):		Téléphone:	
Représentant légal (nom):		Téléphone:	
Statut d'emploi actuel: <input type="checkbox"/> À l'emploi <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Assurance emploi <input type="checkbox"/> Autre			
Lieu de travail :		Titre d'emploi:	

INFORMATION BILAN DE SANTÉ

Avez-vous une maladie chronique ? Si oui, détaillez ci-bas.	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'un handicap physique ? Si oui, détaillez ci-bas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous reçu le vaccin Twinrix au cours des 30 derniers jours ? Si oui, inscrire la date de vaccination :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 30 derniers jours ? Si oui, inscrire la date de vaccination :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

ÉVALUATION AUTRE

<input type="checkbox"/> AUTONOME	<input type="checkbox"/> SEMI-AUTONOME	<input type="checkbox"/> NON-AUTONOME	<input type="checkbox"/> MOBILITÉ RÉDUITE
<input type="checkbox"/> Membre de Kanesatake	<input type="checkbox"/> Non-Résident, Employé de Kanesatake		
<input type="checkbox"/> Membre d'une autre Nation :	<input type="checkbox"/> Non-Résident		
<input type="checkbox"/> Résident du JON 1E0	<input type="checkbox"/> Non-Autochtone		
<input type="checkbox"/> 16-17	<input type="checkbox"/> 18-59	<input type="checkbox"/> 60 et plus	

<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Maladie du foie (cirrhose)	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Maladie du foie (Hépatites)	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Maladie du coeur	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> VIH Positif	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Prescription Corticostéroïdes	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Immuno- compromis	<input type="checkbox"/> Prescription Immunosuppression	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Maladie des reins	<input type="checkbox"/> Receveur d'organe	

À l'usage du bureau	Responsable:
Nom du patient :	

Rendez-vous, Dose 1

Date de rendez-vous:	Confirmé par :		
Lieu de vaccination:	Nom du vaccin:		
Confirmation reçue le:	Confirmé par :		
Date du premier appel:	Rz-vs confirmé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Date du 2 ^e appel:	Date confirmée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Rendez-vous, Dose 2

Date de rendez-vous:	Confirmé par :		
Lieu de vaccination:	Nom du vaccin:		
Confirmation reçue le:	Confirmé par :		
Date du premier appel:	Rz-vs confirmé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Date du 2 ^e appel:	Date confirmée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

APPROBATION

Responsable:						
Le patient se qualifie-t-il pour la vaccination ? Si oui, indiquez la priorité.					<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Priorité 1	<input type="checkbox"/> Priorité 2	<input type="checkbox"/> Priorité 3	<input type="checkbox"/> Priorité 4	<input type="checkbox"/> Priorité 5	<input type="checkbox"/> Priorité 6	<input type="checkbox"/> Priorité 7
NOTES:						
Signature:					Date:	
Signature patient:			<input type="checkbox"/> Digital	<input type="checkbox"/> Consentement informel	Date:	
Représentant légal:			<input type="checkbox"/> Digital	<input type="checkbox"/> Consentement informel	Date:	

LE CLIENT A-T-IL DÉJÀ REÇU UNE DOSE DE VACCIN CONTRE LA COVID-19 ? SI OUI, INDIQUEZ LEQUEL.

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Date de la première dose:	Nom du vaccin:

SUIVI

NOTES:	
Signature:	Date:

Signature du ou de la responsable

Date