



3131 "O" STREET
LINCOLN, NE 68510-1514
402-441-8000

VFC: Medicaid Underinsured Uninsured
 Alaskan/Native American HS (VFC Guideline)
NONVFC: Private Pay Refugee AGR37 HS (PP/AGR37)

QUESTIONS DE DÉPISTAGE POUR LES PERSONNES À ÊTRE IMMUNISÉES.

Veillez répondre aux questions suivantes à propos de la personne recevant les vaccins aujourd'hui.

- | | <u>OUI</u> | <u>NON</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous reçu aucun vaccin ailleurs que dans cette clinique?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous apporté un carnet de vaccination aujourd'hui?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La personne recevant les vaccins aujourd'hui a-t-elle une fièvre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La personne qui reçoit les vaccins aujourd'hui souffre-t-elle d'une maladie aiguë modérée ou grave avec ou sans fièvre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A un cancer, lymphome, HIV/SIDA ou quelque autre problème du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Reçoit des médicaments, un traitement, ou une radiation contre les maladies ci-dessus?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Prend tout médicament semblable à la cortisone?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. A reçu des vaccins pendant ces 4 dernières semaines?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avait eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Est allergique au Néomycine, Streptomycine, Polymixine B, Thimerosal, gélatine ou levure?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Est enceinte ou envisage d'être enceinte le mois prochain?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. A eu une crise ou autre problème du système nerveux ou un antécédent familial de crise? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hépatite B (HBV)

1. Actuellement a l'Hépatite B ou est un porteur de l'Hépatite B

MMR, Varicelle, ou ProQuad

1. A reçu du gamma globuline, une transfusion sanguine, du plasma, ou des plaquettes sanguines pendant les 11 derniers mois?.....
2. A eu la maladie de la Varicelle? Si oui, Mois _____ Année _____

RotaTeq

1. Vous a-t-on jamais dit que votre bébé a eu une intussusception?.....

Vaccin contre la grippe

1. Avez-vous déjà eu le syndrome de Guillain-Barré, dans les 6 semaines suivant un vaccin contre la grippe ?

Pneumonie

1. Depuis l'âge de 65 ans, avez-vous reçu une vaccination contre la pneumonie?
2. Avez-vous jamais reçu une vaccination contre la pneumonie?

TB (Test cutané de Tuberculose)

1. A eu la Tuberculose ou un Test cutané positif de tuberculose?
2. A eu une maladie virale plus grave qu'un rhume pendant les 60 derniers jours?.....

On m'a donné ou lu la fiches d'information sur les vaccins (Marquez, SVP)

Refus VIS (Marquez SVP)

Date

X _____
Signature de la Personne Recevant l'Immunisation(s)/Vaccin(s)/Test cutané de TB
Ou la personne autorisée à demander les services(parent/gardien si moins de 19 ans)

Relation (si autre que soi-même)

Nom de l'Interprète (Si besoin est)

Signature de l'Interprète (Si besoin est)

Langue Interprétée (Si besoin est)

***NOTE: Cette déclaration expire 14 jours après la date où cette forme a été signée.

French 03/2022