

## PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉrimAIRE

### Fiche de vaccination

**À remplir par les fournisseurs de soins de santé du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) à l'étranger  
DONNER UNE COPIE AU CLIENT**

Nom (Nom de famille, prénom)				Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Date de l'EMI (jj-mm-aaaa)		Si le vaccin n'est pas donné, indiquez les raisons plus bas. Écrivez tout ce qui s'applique (A, B, C, D, E, F, G).
Numéro de demande d'immigration à IRCC :				Numéro IUC :				
<b>Rapport d'immunisation :</b> <i>Y compris les vaccins tirés de dossiers ou de sources fiables. Écrire en ordre chronologique de gauche à droite. Écrire la date sous la forme jj-mm-aaaa.</i>					<i>Vaccins donnés par les fournisseurs de service</i>			Test d'immunité
Vaccin	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
Diphtérie, tétanos, coqueluche								
<input type="checkbox"/> DTC/DCaT								
<input type="checkbox"/> Td								
<input type="checkbox"/> DT								
<input type="checkbox"/> dcaT								
Polio								
<input type="checkbox"/> VPO								
<input type="checkbox"/> VPI								
Rougeole, oreillons, rubéole								
<input type="checkbox"/> RRO								
<input type="checkbox"/> Rougeole								
<input type="checkbox"/> Oreillons								
<input type="checkbox"/> Rubéole								
Rotavirus								
<input type="checkbox"/> RotaTeq (Rot-5)								
<input type="checkbox"/> Rotarix (Rot-1)								
<input type="checkbox"/> autre vaccin antirotavirus								
Hib								
Hépatite A								
Hépatite B								
Méningite méningocoque								
<input type="checkbox"/> MCV4 (vaccin conjugué)								
<input type="checkbox"/> Autre vac. contre méningocoque								
Varicelle								
<input type="checkbox"/> Vaccin								
<input type="checkbox"/> Antécédent								
Vac. contre le pneumocoque								
<input type="checkbox"/> PCV 7 (vaccin conjugué)								
<input type="checkbox"/> PCV 10 (vaccin conjugué)								
<input type="checkbox"/> PCV 13 (vaccin conjugué)								
<input type="checkbox"/> Pneu-P 23 (polysaccharide)								
Influenza								
Autre								
Autre								
Autre								
Nom du fournisseur de soins de santé (en caractères d'imprimerie)							Signature ou estampe du fournisseur	Date (jj-mm-aaaa)
<i>Je confirme que j'ai donné toute l'information fiable sur la vaccination passée et que j'ai noté tous les vaccins donnés par ce comité.</i>								

## PROGRAMME FÉDÉRAL DE SANTÉ INTÉRIMAIRE

Raisons de ne pas donner le vaccin : A – n’a pas l’âge requis; B – autre dose trop rapprochée; C – contre-indication; D – pas couramment offert; E – ce n’est pas la saison de la grippe; F – hépatite B connue, G – refus de recevoir le vaccin.

Contre-indications :

- Cliente enceinte
- Client immunodéprimé
- Réaction allergique à un vaccin ou à une composante d’un vaccin par le passé
- Autres réactions à un vaccin
- Maladie
- Autre. Précisez :

Remarques (*toute information pertinente sur les vaccins, y compris les contre-indications ou les effets indésirables*) :

