

Nom :	Date de naissance;  NAM :	Employeur :
-------	---------------------------------	-------------

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	OUI	NON
Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé ?		
Est-ce que vous avez déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence ? Si oui, indiquez la cause :		
Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin (ex : syndrome de Guillain-Barré, syndrome oculorespiratoire) ? Si oui, précisez : Vaccin :                      Réaction :		
Est-ce que vous souffrez de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier ?		
<p><b>En présence de réactions à la suite de la vaccination, notamment fièvre, douleur ou faiblesse musculaire durant plus de 48 heures, je m'engage à consulter un médecin et à aviser sans délai Biron au 514-866-5005 poste 2863. Je m'engage à mentionner lors d'une prochaine vaccination toute réaction survenue lors de vaccinations antérieures.</b></p> <p>Je déclare recevoir le vaccin de mon plein gré et que les renseignements précédemment sont exacts. J'ai reçu et compris les renseignements relatifs au vaccin contre l'influenza. Je, ou quiconque en ma faveur, dégage Biron ainsi que leurs directeurs, employés, représentants, agents ou sous-traitants de toute réclamation ou dommage en responsabilité découlant directement ou indirectement de l'administration de ce produit.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai reçu de l'infirmière les explications sur les bienfaits et les effets secondaires possibles.</p> <p><input type="checkbox"/> Je m'engage à demeurer en observation auprès de l'infirmière pendant les 15 minutes qui suivront la vaccination.</p>		

Signature de l'employé (e) :	Date:
------------------------------	-------

Section réservée à l'infirmière			
Nom du produit	No.Lot/Date d'exp.	Dosage	Site d'administration
<input type="checkbox"/> Influvac Tetra	<input type="checkbox"/> G19/20240531	<b>0,5 ml</b>	<input type="checkbox"/> I.M Deltoïde <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit
Signature de l'infirmière :		Date :	Heure :

Name :	Date of birth:  HIN:	Employer:
--------	----------------------------	-----------

MEDICAL INFORMATION	YES	NO
Do you observe any change in your actual health condition ?		
Did you ever experience an allergy important enough to immediately require medical assistance? If yes, which one?		
After receiving a vaccine, did you ever have a reaction sufficient to bring you to consult a physician or to go to the hospital ex : Guillain-Barré syndrome, oculo-respiratory syndrome)? If yes, to which vaccine did you so react? Vaccine : _____ Reaction :		
Do you suffer from a coagulation condition requiring a regular medical follow-up?		
<p><b>If I experience reactions after receiving the vaccination, mainly fever, pain, or muscle weakness lasting more than 48 hours, I undertake to consult a physician and to notify Biron immediately at 514-866-5005, extension 2863. I further undertake to mention, at the time of subsequent vaccinations, any and all reactions that I have had to previous vaccinations.</b></p> <p>I hereby declare that I am receiving this vaccine of my own free will and volition, and that the information above is true and accurate. I have received and understood the information provided about the anti-influenza vaccine. I, or anyone acting on my behalf, agree to indemnify and hold harmless Biron, as well as its directors, employees, representatives, agents or sub-contractors, against any liabilities or claims arising directly or indirectly out of the administration of this product.</p> <p><input type="checkbox"/> The nurse has explained the benefits and possible side effects to me.</p> <p><input type="checkbox"/> I undertake to remain under the nurse's observation for 15 minutes following vaccination.</p>		
Employee signature :	Date:	

<i>Section reserved for the nurse</i>				
Nom du produit	No.Lot/Date d'exp.	Dosage	Site d'administration	
<input type="checkbox"/> Influvac Tetra	<input type="checkbox"/> G19/20240531	<b>0,5 ml</b>	<input type="checkbox"/> I.M Deltoïde	<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right
Signature de l'infirmière :		Date :	Heure :	