

# Exemple de questionnaire pour déterminer les contre-indications et les précautions (personnes âgées de 14 ans ou plus)

Identification			
Nom _____		Prénom _____	
Date de naissance	année	mois	jour

Renseignements médicaux			
▪ Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Est-ce que vous avez déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez la cause : précisez : _____	Vaccin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
▪ Après avoir reçu un vaccin, est-ce que vous avez déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez : Vaccin : _____ Réaction : _____			
▪ Est-ce que vous présentez un problème du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Est-ce que vous avez reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Est-ce que vous souffrez de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ Êtes-vous présentement enceinte?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Signature du professionnel _____	_____	-	_____	-	_____
	année		mois		jour

Mise à jour des renseignements				
Date	Changement		Description du changement	Signature
_____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	_____	_____

Le questionnaire doit être adapté en fonction des produits à administrer.