



Un lien
naturel

Centre de santé et de services sociaux
de la Vallée-de-la-Batiscan

dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date nais. : _____

Année / Mois / Jour

Questionnaire pré-vaccination antigrippale et traitement antiviral

Date : _____

Âge : _____

Médication en cours : _____

• Allergies médicamenteuses : _____

Allergie aux œufs : Oui _____ Non _____

• Réaction antérieure au vaccin antigrippal : Oui _____ Non _____

- Symptômes oculaires (rougeur, larmoiement, douleur, prurit)
- Symptômes respiratoires (mal de gorge, toux, rhinorrhée)
- Symptômes respiratoires graves (oppression thoracique, difficultés à respirer)

• Hypersensibilité antérieure au Tamiflu? Oui _____ Non _____

Hypersensibilité antérieure au Relenza ? Oui _____ Non _____

Hypersensibilité antérieure à l'Amantadine? Oui _____ Non _____

Décrire réactions défavorables antérieures : _____

Problèmes médicaux autres pouvant influencer la prescription de :

- Tamiflu : Insuffisance rénale
 Grossesse ou allaitement
- Relenza : MPOC, asthme
 Incapacité technique à utiliser l'inhalateur
- Amantadine : Insuffisance rénale (si Clearance créatinine < 40 cc/min.)
 Grossesse et allaitement
 Problèmes psychiatriques
 Insuffisance cardiaque, eczéma, épilepsie

> **Aviser le médecin si contre-indication
possible identifiée**

Signature

Révisé : Sept. 2009

Autorisé par :

CB

#