

Formulaire administratif du vaccin antigrippal ou antipneumococcique (aux fins de saisie des données dans la Solution d'information sur la santé publique)

Une fois remplis, tous les formulaires administratifs en format papier doivent être envoyés au moyen du service Xpresspost de Postes Canada, soit la méthode d'expédition la plus sécuritaire. Ces formulaires doivent être glissés dans une enveloppe, dont le rabat sera scellé et sur lequel l'expéditeur apposera ses initiales. Il faut ensuite envoyer les enveloppes par la poste à l'adresse suivante :

Monsieur Mark Mason
Ministère de la Santé, GNB
Place HSBC
520, rue King, réception du 4^e étage
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8

Chaque fois que vous envoyez une enveloppe par la poste, vous devez envoyer un courriel à l'adresse Phisisp@gnb.ca pour en aviser le personnel et fournir les renseignements suivants :

- Nombre de formulaires administratifs inclus dans l'enveloppe.
- Numéro de suivi de l'enveloppe.

L'équipe chargée de la saisie des données vous enverra une réponse lorsqu'elle aura reçu l'enveloppe.

Remarque : Ces formulaires d'administration **n'ont pas** besoin d'être remplis pour les vaccins antigrippaux administrés par les pharmaciens qui saisissent les renseignements sur l'immunisation dans leur Système d'information sur les médicaments (SIM) ou par les médecins/infirmières praticiennes qui soumettent la facturation à l'assurance-maladie.

Section 1 : Renseignements personnels

Nom de famille		Prénom		Numéro d'assurance-maladie			
N° de téléphone à domicile	N° de téléphone cellulaire	Adresse électronique		Site d'immunisation (nom du foyer de soins, de l'établissement résidentiel pour adultes, etc.)			
Adresse municipale				Ville	Province	Code postal	
Date de naissance	Sexe			Client du Programme extra-mural			
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre			<input type="checkbox"/> Oui			
Raison de la vaccination							
<input type="checkbox"/> Travailleur en soins de longue durée				<input type="checkbox"/> Résident d'un établissement de soins de longue durée			
<input type="checkbox"/> Résident en soins de longue durée en attente d'un lit en maison de retraite				<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> autre			

Section 2 : Consentement (pas nécessaire si l'établissement a son propre processus de consentement)

CONSENTEMENT pour recevoir un VACCIN ANTIGRIPPAL	
Je, (nom du résident en caractères d'imprimerie) _____, consens à recevoir le vaccin antigrippal .	
Signature du résident : _____	Date : _____
Je, (nom du mandataire spécial en caractères d'imprimerie) _____, consens à ce que (nom du résident en caractères d'imprimerie) _____ puisse recevoir le vaccin antigrippal.	
Signature du mandataire spécial : _____	Date : _____

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT**Section 3 : Administration de vaccins**

Vaccin antigrippal	N° de lot et Date d'expiration	Site	Voie d'administration	Concentration (ml)	Date (AAAA-MM-JJ)	Heure	Nom et signature du vaccinateur en caractères d'imprimerie
Fluzone à haute dose (65 ans ou plus)		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	0,7 ml			
Fluzone Quad		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	0,5 ml			
FluLaval Tetra		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	0,5 ml			
Vaccin antipneumococcique 23	N° de lot et Date d'expiration	Site	Voie d'administration	Concentration (ml)	Date (AAAA-MM-JJ)	Heure	Nom et signature du vaccinateur en caractères d'imprimerie
Pneumovax 23		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	____ ml			
SAISIE DE DONNÉES dans la SOLUTION D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE							
Vaccins saisis			Date de saisie (AAAA/MM/JJ)			Personne qui a saisi les données (encaractère d'imprimerie)	
<input type="checkbox"/> Oui							