

**Prescription de vaccin(s) et dépistage
pour patient avec nouveau diagnostique
ou nouveau traitement**

À:

Tél :

Date:

Diagnostique:

Nouveau traitement:

Date de début prévue:

Analyses sanguines prélevées en date du (optionnel):

(incluant FSC, varicelle, RRO, HepB ; Résultats dans DSQ)

Interventions nécessaires

<u>PPD (TCT)</u>			
Date :		Résultats :	
<u>Shingrix</u> pour le zona – 1ère dose avant traitement			
Date dose #1 :		Date dose #2 :	
Autre(s) vaccin(s) :			
Mise à jour des vaccins selon le PIQ (voir tableau suivant).			
Vaccin	Recommandation	Refusé	Complété / Date
Engerix B 20mcg/ml	En 3 doses : Mois 0,1,6 Patient immunodéprimé : Doubler la dose (40mcg/2ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Twinrix 20mcg+720IU/mL	-En 3 doses: Mois 0,1,6 -Option rapide: Jour 0,7,21 et mois 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtérie / Tétanos	Rappel ≥ 50ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hib	Recommandé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza (Grippe)	Saisonnier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prevnar13 Pneumovax	Recommandé ≥8 sem après prevnar et q5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPH (à spécifier vaccin)	Hommes et femmes entre 9 à 26 ans Recommandé chez femmes ≤45 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RRO*	Si non-immunisé (2 doses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle*	Si non-immunisé (2 doses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s) :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmière : _____			
*À communiquer avec l'équipe traitante avant de donner des vaccins vivants			

Commentaire :

Consentement éclairé verbal obtenu du patient pour l'appel et le service

Signature du prescripteur :

Licence :

Retournez le formulaire complété :

Par télécopieur :

Par courriel :