

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

Identification				
Nom _____		Prénom _____		
Date de naissance	_____	_____	_____	
	année	mois	jour	
Renseignements médicaux				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notez-vous actuellement un changement dans l'état de santé de votre enfant (comparativement à son état habituel)? 	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Votre enfant a-t-il 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"/>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Après avoir eu un vaccin, votre enfant a-t-il déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin? 	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, précisez : Vaccin : _____ Réaction : _____				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Votre enfant a-t-il un problème avec son 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"/>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Votre enfant a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois? 	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Votre enfant souffre-t-il de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical (ex. : hémophilie)? 	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Si l'enfant est âgé de moins de 6 mois :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est-ce que la mère a pris, pendant sa grossesse, un agent biologique (ex. : Enbrel, Rémicade, Humira) pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex. : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus ou psoriasis)? 	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.