

COLLECTE DE DONNÉES – ÉTUDIANTS

IDENTITÉ

Nom : _____ RAMQ : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

N° téléphone : _____ 2° n° de téléphone : _____

Date de départ des Îles : _____

Domaine d'études : _____

Problème de santé : _____

Médication actuelle: _____

Réaction allergique antérieure à un vaccin : Oui Non

Si oui, lequel et quels effets secondaires : _____

Déjà fait la varicelle (picote) : Oui Non

Si oui, à quel âge : _____

Reçu des vaccins à l'extérieur des Îles : Oui Non

Si oui, annexer la preuve (carnet de vaccination)

Déjà été en contact avec un cas de tuberculose : Oui Non

Déjà voyagé pendant un cumulatif de 3 mois ou plus,
dans d'autres pays que les suivants : Oui Non

Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande,
Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Finlande,
France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège,
Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Antilles
(à l'exception d'Haïti et République Dominicaine).

S.V.P, remettre à la réceptionniste du CLSC cette feuille dûment complétée
avec le formulaire original à remplir par l'infirmière. Celle-ci vous contactera pour vous aviser
lorsque le formulaire sera prêt et pour prendre rendez-vous pour d'autres vaccins, au besoin.