

## Service de santé des étudiants

University of Iowa  
4189 Westlawn  
Iowa City IA 52242

### Questionnaire sur les vaccins

1. Veillez remplir le questionnaire. Si une question n'est pas claire, veuillez demander à un membre du personnel de la santé de vous l'expliquer.

	NON	OUI	?
• Vous êtes-vous déjà évanoui(e) ou senti étourdi(e) à la suite d'une prise de sang ou d'une injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous mangé au cours des quatre dernières heures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pensez-vous que vous êtes malade aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Souffrez-vous d'allergies graves ou présentez-vous des réactions importantes au latex, aux médicaments, aux œufs, à la gélatine, à la néomycine ou à un vaccin précédent ? SI OUI, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Souffrez-vous de troubles chroniques (par exemple, l'asthme, le diabète, l'arthrite, des maladies des poumons, du cœur, des reins, du foie, des nerfs, de l'estomac, des intestins ou sanguins) ? SI OUI, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Votre système immunitaire est-il faible (par exemple, en raison du SIDA, d'un cancer, de médicaments comme des stéroïdes, des médicaments contre le cancer ou d'une radiothérapie) ? SI OUI, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous reçu d'autres vaccins au cours de quatre à six dernières semaines ? SI OUI, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Avez-vous lu la Déclaration d'information sur le vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Si vous êtes âgé(e) de moins de 19 ans, est-ce que vous prenez RÉGULIÈREMENT de l'aspirine ou d'autres médicaments qui contiennent de l'aspirine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous tomber enceinte au cours du prochain mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà eu un test cutané positif à la tuberculose ou un test sanguin pour la tuberculose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. Veillez encercler le(s) vaccin(s) demandé(s).

Hépatite A	Grippe - injection	ROR	Td	Fièvre jaune
Hépatite B	Grippe - pulvérisation nasale	antipneumococcique	Tdap	_____
Hépatite A/B	Encéphalite japonaise	Polio	Typhoïde	_____
VPH	Méningocoque conjugué	Rage	Varicelle	_____

( \_\_\_\_\_ )  
Signature \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_