**Service de santé des étudiants**

University of Iowa

4189 Westlawn   
Iowa City IA 52242

Questionnaire sur les vaccins

1. Veuillez 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 ? |  |  |  |
| • | Avez-vous mangé au cours des quatre dernières heures ? |  |  |  |
| • | Pensez-vous que vous êtes malade aujourd’hui ? |  |  |  |
| • | 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 : |  |  |  |
| • | 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 : |  |  |  |
| • | 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 : |  |  |  |
| • | Avez-vous reçu d’autres vaccins au cours de quatre à six dernières semaines ? SI OUI, précisez : |  |  |  |
| • | Avez-vous lu la Déclaration d’information sur le vaccin ? |  |  |  |
| • | 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 ? |  |  |  |
| • | Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous tomber enceinte au cours du prochain mois ? |  |  |  |
| • | Avez-vous déjà eu un test cutané positif à la tuberculose ou un test sanguin pour la tuberculose ? |  |  |  |

2. Veuillez 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

5/10