

Demande de participation aux programmes d'immunisation du Québec

Date de la demande :	
Complétée par :	

ORGANISME	
Nom de l'établissement :	
Adresse et code postal :	
Téléphone :	
Télécopieur :	
Nom du gestionnaire ou propriétaire :	
Titre d'emploi :	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	
Nom et titre du responsable de la gestion des vaccins :	
Formation reçue en immunisation et expérience en vaccination:	
Numéro de téléphone :	
Courriel :	

TYPE D'ORGANISME	
Agence de soins infirmiers	<input type="checkbox"/>
Clinique médicale désaffiliée RAMQ	<input type="checkbox"/>
Clinique santé voyage	<input type="checkbox"/>
Pharmacie	<input type="checkbox"/>
GMF	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/>

SERVICES DÉJÀ OFFERTS OU EN DÉVELOPPEMENT
Consultation et vaccination santé voyage <input type="checkbox"/> Vaccination influenza <input type="checkbox"/> Vaccination nourrisson <input type="checkbox"/> Mise à jour du calendrier adulte <input type="checkbox"/> Suivi de clientèle vulnérable et préciser <input type="checkbox"/> : _____ Site de vaccination : Vaccination sur place <input type="checkbox"/> Vaccination hors établissement (déplacements prévus avec vaccins) <input type="checkbox"/>

ADMINISTRATIF
Vaccins de santé publique désirés par cette demande : Campagne influenza <input type="checkbox"/> Autre(S) : _____ Frais chargés aux patients pour administration des vaccins publics ? Oui <input type="checkbox"/> Précisez montant : _____ Aucun <input type="checkbox"/> Offre de vaccination à heures défavorables (soirs et/ou fins de semaine) ? Oui <input type="checkbox"/> Précisez: _____ Non <input type="checkbox"/> Nombre d'heures où le service de vaccination sera offert : _____ /semaine Vaccination en salle fermée ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Table d'examen ou chaise gériatrique pour la vaccination ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

GESTION DES VACCINS		
Réfrigérateur réservé à la conservation des vaccins :		
Bar <input type="checkbox"/>	Domestique <input type="checkbox"/>	Commercial <input type="checkbox"/>
Branché à un système d'alarme et relié à une centrale téléphonique ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Branché à une génératrice d'urgence ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Protocole en cas de panne électrique en place ? _____		
Thermomètre :		
Digital minima-maxima <input type="checkbox"/>	Enregistrement graphique <input type="checkbox"/>	Enregistrement numérique <input type="checkbox"/>
Autre, précisez : _____		
Date d'achat ou de dernière calibration du thermomètre : _____		
Fréquence de prise de températures du réfrigérateur :		
2 fois /jour <input type="checkbox"/>	1 fois/jour <input type="checkbox"/>	
Nombre de jours/semaine (précisez) : _____		
VOLET SANTÉ VOYAGE (SI INDIQUÉ)		
Formation(s) reçues(s) avec date(s) : _____		
Expérience(s) en santé voyage : _____		
Type de voyage visé par l'offre de service : Sud <input type="checkbox"/> Tous types <input type="checkbox"/>		
Accréditation fièvre jaune :		
Oui <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	A venir <input type="checkbox"/>
COMMENTAIRES / INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		

→ Compléter et retourner par courriel à :
accueil.immunisation.dspub.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Section réservée à la Direction régionale de santé publique

VISITE DE L'ORGANISME
Date : _____ Par : _____
Personne(s) rencontrée(s) : _____ _____
Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme <input type="checkbox"/>
Recommandations : _____
DÉCISION DSP
Demande acceptée <input type="checkbox"/> Demande refusée <input type="checkbox"/> En suspens <input type="checkbox"/> Motif (s) justifiant la décision : _____
Entente envoyée le : _____ Entente signée et reçue le : _____ No ID du dépôt : _____ Zone de livraison : _____ Modèle(s) attribué(s) : Restreint adulte <input type="checkbox"/> Adulte /Santé voyage <input type="checkbox"/> 4 ans +/Santé voyage <input type="checkbox"/> Clientèle vulnérable <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Livraison des vaccins : Ramassage HDSJ <input type="checkbox"/> Autre _____
Demande d'ouverture de dossier vaccinateur évaluée par :
Nom : _____ Signature : _____ Date : _____
Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

MAJ : 2022-06-17/NG