

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"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Clinique médicale désaffiliée RAMQ <input type="checkbox"/> Clinique santé voyage <input type="checkbox"/> Clinique médicale affiliée RAMQ <input type="checkbox"/> Résidence de pers. âgées <input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

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

Domestique

Commercial

Branché à un système d'alarme et relié à une centrale téléphonique ? Oui Non

Branché à une génératrice d'urgence ? Oui Non

Protocole en cas de panne électrique en place ?

Thermomètre :

Digital minima-maxima

Enregistrement graphique

Enregistrement numérique

Autre, précisez :

Date d'achat ou de dernière calibration du thermomètre :

Fréquence de prise de températures du réfrigérateur :

2 fois /jour

1 fois/jour

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

Tous types

Accréditation fièvre jaune :

Oui

NON

A venir

COMMENTAIRES / INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

→ **Compléter et retourner par courriel à :**

gestion.vaccins.dvdp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Section réservée à la DVDP

VISITE DE L'ORGANISME			
Date :	Par :		
Personne(s) rencontrée(s) :			
Conforme <input type="checkbox"/>	Non conforme <input type="checkbox"/>		
Recommandations :			
DÉCISION DVDP			
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 :	