|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et coordonnées de l’installation** |  |
| Nom de l’installation : |  |
| Nom et fonction du responsable du site de vaccination : |  |
| Nom et fonction du responsable de la gestion des vaccins : |  |
| Type d’installation : cocher | 🞎 pharmacie 🞎 clinique médicale 🞎 clinique médicale privée🞎 clinique privée de soins infirmiers 🞎 clinique santé voyage🞎 autre, préciser :  |
| Adresse : |  |
|  |  |
| Téléphone : |  | Télécopieur : |  |
| Courriel : **obligatoire** |  |

|  |
| --- |
| **Type de vaccins demandés** cocher : |
| 🞎 Vaccination adulte 🞎 Vaccination enfant (0-17 ans) 🞎 Vaccination antitétanique et coqueluche🞎 Vaccination influenza (en saison) et pneumocoque, quantité totale pour la saison : 🞎 Vaccination pour clientèles ou conditions médicales particulières (énumérer) : |
|  |
|  |
| Nombre de clients vaccinés par mois, approximativement : |  |

|  |
| --- |
| **Description de l’offre de service :** |
| Lieu(x) de vaccination : cocher  | 🞎 Installation  | 🞎 Autre: | Nom : |  |
|  |  |  |  | Adresse : |  |
|  |  |
| Horaire prévu de la vaccination cocher : |  |  |
| 🞎 LundiJour : Après 19 h :  | 🞎 MardiJour : Après 19 h :  | 🞎 MercrediJour : Après 19 h :  | 🞎 JeudiJour : Après 19 h :  |
| 🞎 VendrediJour : Après 19 h :  | 🞎 SamediJour : Après 19 h :  | 🞎 DimancheJour : Après 19 h :  |  |

|  |
| --- |
| **Vaccinateur / Vaccinatrice** cocher : |
| 🞎 Infirmière / Infirmier 🞎 Infirmière / Infirmier auxiliaire 🞎 Médecin 🞎 Autre, préciser : |  |
| Expérience pertinente et formation (Ex : santé voyage, immunisation, etc.) |
|  |
|  |
| Inscrire le nombre d’années d’expérience du vaccinateur (nombre d’année) : |  |

|  |
| --- |
| **Autres services offerts par votre installation,** cocher : |
| 🞎 Suivi bébé 🞎 Prélèvements 🞎 Soins infirmiers 🞎 Autres, préciser : |  |
| 🞎 Santé-voyage (préciser les vaccins offerts) : |  |
| Nombre estimé de clients qui utilisent vos services? : | Par mois : |  | Par semaine : |  |
| Depuis quand les services sont-ils offert? (nombre d’années) : |  |

|  |
| --- |
| **Réfrigérateur** |
| Marque : |  | Volume : |  | Année d’achat : |  |
| Type : cocher | 🞎 domestique 🞎 avec deux portes distinctes 🞎 de bar 🞎 spécialisé |
| Utilisé exclusivement pour les produits immunisants? | 🞎 Oui🞎 Non, quels autres produits?   |
| Branché à une génératrice? | 🞎 Oui 🞎 Non |
| Branché à un système d’alarme relié à une centrale téléphonique? | 🞎 Oui 🞎 Non |
| Dernière inspection (date) : |  | Fréquence de l’inspection : |  |
| Thermomètre utilisé : cocher | 🞎 Numérique minima-maxima 🞎 Enregistrement graphique🞎 Enregistrement numérique 🞎 Date expiration du thermomètre :  |

|  |
| --- |
| **Nom et coordonnées de la personne qui fait la demande** |
| 🞎 Madame🞎 Monsieur |  |
| Fonction : |  |
| Adresse : |  |
|  |  |
| Téléphone : |  | Télécopieur : |  |
| Courriel **obligatoire :** |  |
| Signature : |  | Date : |  |

|  |
| --- |
| **Section réservée à la Direction de santé publique – évaluation de la demande** |
| 🞎 Demande acceptée 🞎 Demande refusée 🞎 Demande en suspens |
| Vaccins autorisés :🞎 Vaccination adulte 🞎 Vaccination enfant (0-17 ans) 🞎 Vaccination antitétanique et coqueluche🞎 Vaccination influenza (en saison) et pneumocoque, quantité totale pour la saison : 🞎 Vaccination pour clientèles ou conditions médicales particulières (énumérer) : |
| Motifs justifiant la décision : |  |
|  |
| Signature : |  | Date : |  |

Réf. : T:\DSP\MI\Classement\5240 Immunisation\5243 GPI\12 Contrats\_vaccinateurs\Ententes\Ententes Modèles et Lettres types\Ententes\FOR\_demande vaccinateur pour vaccination générale\_février 2017.docx