|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 : | | | | | | | | |  |  | |
| 🞎 Lundi  Jour :  Après 19 h : | | 🞎 Mardi  Jour :  Après 19 h : | | | | | 🞎 Mercredi  Jour :  Après 19 h : | | | | 🞎 Jeudi  Jour :  Après 19 h : |
| 🞎 Vendredi  Jour :  Après 19 h : | | 🞎 Samedi  Jour :  Après 19 h : | | | | | 🞎 Dimanche  Jour :  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