

Formulaire d'immunisation AS-624

Règles pour faciliter la saisie du Nirsévimab/Beyfortus par la centrale de rendez-vous

Le formulaire AS-624 comprend un recto et un verso. Il est essentiel que l'entièreté du formulaire fasse partie de l'envoi afin de permettre la saisie du bordereau Nirsévimab.

Recto

Afin d'assurer une saisie adéquate, les informations suivantes doivent minimalement être présentes et lisibles :
Le nom, le prénom et le numéro d'assurance maladie ou la date de naissance.

Information sur l'usager

Effacer

Imprimer

Enregistrer




DT9225

Numéro de dossier
N° ID SLPM

Nom et prénom de l'usager

Nom et prénom de la mère

Nom et prénom du père (optionnel)

Date de naissance

Année

Mois

Jour

Sexe

☐ M ☐ F

N° d'assurance maladie

Année

Mois

Adresse (N° / rue)

Expiration

Ville

Code postal

FORMULAIRE D'IMMUNISATION

Raison d'administration : Pas de raison d'administration pour le Nirsévimab.

RAISON D'ADMINISTRATION SI REQUISE						
INFLUENZA	☐ Résident en CHSLD	dcaT	☐ Femme enceinte (coqueluche)	COVID-19	☐ Résident en CHSLD	MPOX
	☐ Résident en RPA		☐ Autres raisons		☐ Résident en RPA	
	☐ Femme enceinte	☐ Immunodéprimé	☐ Femme enceinte		☐ Postexposition - immunodéprimé	
	☐ Travailleur de la santé	☐ Autres raisons	☐ Travailleur de la santé		☐ Postexposition - non immunodéprimé	
☐ Maladie chronique	ZONA	☐ Résident en CHSLD	COVID-19	☐ Maladie chronique	MPOX	☐ Autres raisons
☐ Autres raisons		☐ Résident en RPA		☐ Autres raisons		☐ Autres raisons
	☐ VRS (adultes)	☐ Autres raisons				

Verso

L'ensemble des éléments encadrés **en rouge** doivent nécessairement être inscrits lisiblement pour une saisie conforme des bordereaux.

- Nom et prénom de l'utilisateur **au haut du formulaire**;
- Détail du vaccin administré (**les éléments encadrés**);
- Nom du vaccinateur **en lettres détachées lisibles** et sa signature;
- **Numéro de permis de pratique** lisible (et non pas le numéro de l'employé du clinicien);
- La **profession**;
- **Lieu** de vaccination lisible (le nom de l'hôpital).

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier	N° ID SI-PMI
CONSENTEMENT		

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS															
Date (année, mois, jour)	Heure (00 :00)	Nom du produit immunisant	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration					Site d'administration					Initiales
					Intra- musculaire	Sous- cutanée	Orale	Intra- nasale	Intra- dermique	Bras gauche	Bras droit	Cuisse gauche	Cuisse droite	Autre	
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
					☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS): ☐ Saisie SI-PMI

INFORMATIONS SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES PRODUITS IMMUNISANTS :

Nom :	Initiales :	Signature	Profession (précisez) :	N° de permis :
Nom :	Initiales :	Signature	Profession (précisez) :	N° de permis :

COORDONNÉES DE LA CENTRALE DE RENDEZ-VOUS :

privilégier le courriel :

influenza.vaccination.cisssca@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 581 629-2122 Téléphone : 1-855 480-8094

La journée de la vaccination, acheminer les bordereaux à la centrale de rendez-vous au fur et à mesure.

- Si le formulaire est rempli manuellement, nous demandons d'utiliser **un crayon noir foncé** pour s'assurer de la visibilité lors de la réception du fax.
- Les étudiants en médecine doivent inscrire **le nom et le numéro de permis** de leur répondant.
- Inscrire dans l'entête du fax, **le numéro de téléphone** ou **le nom de l'unité** pour vous joindre au besoin.
- Pour les outils et mises à jour, nous vous invitons à consulter la [page Web Nirsévimab](#).
- Pour connaître **les données obligatoires à inscrire** au registre de vaccination, veuillez consulter l'Annexe 1.

Annexe 1

Administration des produits immunisants

Documentation de la vaccination

Un registre de vaccination provincial est établi au Québec depuis 2012. L'information relative à la vaccination doit y être consignée.

Données de vaccination à inscrire			
Donnée à inscrire	Au registre de vaccination	Carnet ou preuve écrite remise à l'utilisateur	Inscription au dossier ¹
Date d'administration du produit (année, mois, jour)	oui	oui	oui
Heure d'administration du produit (facultatif)	non	non	oui
Nom commercial du produit (ex. : Adacel)	oui	oui	oui
Numéro de lot du produit	oui	non	oui
Quantité ou posologie administrée	oui	oui	oui
Site d'injection	oui	non	oui
Voie d'administration	oui	oui	oui
Nom, titre professionnel et signature du vaccinateur	oui	oui	oui
Lieu d'administration du produit (ex. : nom de la clinique)	oui	oui	oui
Manifestations cliniques survenues après la vaccination, s'il y a lieu	non	non	oui
Renseignements sur les avantages et les risques liés à la vaccination	non	non	oui
Consentement obtenu	non	non	oui
Refus de vaccination obtenu	oui	non	oui
Considérations (ex. : contre-indications, précautions)	oui	non	oui
Raison d'administration pour les vaccins, lorsque requis	oui	non	non

Informations en provenance du site Web du MSSS en date du 2026-09-16, à l'adresse suivante :

[Administration des produits immunisants](#)

