

## Exemple de questionnaire pour déterminer les contre-indications et les précautions (personnes âgées de moins de 14 ans)

Identification			
Nom _____	Prénom _____		
Date de naissance	année	mois	jour
Renseignements médicaux			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notez-vous actuellement un changement dans l'état de santé de votre enfant (comparativement à son état habituel)?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez la cause : _____ précisez : _____	Vaccin <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Après avoir eu un vaccin, votre enfant a-t-il déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez : Vaccin : _____ Réaction : _____			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Votre enfant a-t-il un problème avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Votre enfant a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Votre enfant souffre-t-il de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical (ex. : hémophilie)?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si l'enfant est âgé de moins de 6 mois :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Est-ce que la mère a pris, pendant sa grossesse, un agent biologique (ex. : Enbrel, Rémicade, Humira) pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex. : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus ou psoriasis)?</li> </ul>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Signature du professionnel			
_____ - _____ - _____ <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">année    mois    jour</div>			
Mise à jour des renseignements			
Date	Changement	Description du changement	Signature
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____

Le questionnaire doit être adapté en fonction des produits à administrer.