



PREUVE DE VACCINATION INFLUENZA

Fluviral Trivalent

(Vaccins trivalents, inactivés)

Fluzone Quadrivalent

(vaccins quadrivalents, inactivés)

- **Date :** ____/____/____ **Heure :** _____
AAAA / MM / JJ
- **Voie IM - Deltoïde :**
 - Droit
 - Gauche
- **Posologie : 0.5 ml**
- **Lot # :** _____
- **Date d'expiration** ____/____/____
AAAA / MM / JJ
- **Administré par** _____

Informations données concernant le vaccin (incluant les manifestations cliniques indésirables)

Signature de l'infirmière :