



QUESTIONNAIRE

NOM : _____

D.N. : _____

ADRESSE : _____

Après avoir reçu les vaccins recommandés pour l'implant cochléaire, s.v.p., nous retourner ce questionnaire le plus tôt possible avant la chirurgie.

1 Le candidat est âgé de : _____ ans _____ mois.

2 La personne candidate à l'implant cochléaire a reçu les vaccins suivants contre :

• **Le pneumocoque** **Nombre de doses** **Date de la dernière dose**

- | | | | |
|--------------|---|-------|-------|
| - Pneumovax | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Prevnar 7 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Prevnar 13 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Synflorix | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

• **L'Haemophilus influenzae**

- | | | | |
|--------------------|---|-------|-------|
| - Pentacel | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Pediacel | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Acthib | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Infanrix-IPV/Hib | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Hiberix | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| - Infanrix-hexa | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Autres vaccins apparentés Oui Non Précisez : _____

N.B. Le contenu de ce questionnaire est strictement confidentiel. Les informations contenues seront utilisées qu'aux fins du dossier CHU de Québec - Implant cochléaire-Immunisation. Depuis le mois d'octobre 2002, toutes les personnes qui auront à subir une intervention pour un implant cochléaire peuvent recevoir gratuitement ces vaccins.