



VACCINATION
CONTRE LA COVID-19

NOM À LA NAISSANCE : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M
 N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
 ADRESSE : _____
 VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
 ID SI-PMI : _____

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé | <input type="checkbox"/> CLSC : _____ |
| <input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval | <input type="checkbox"/> École : _____ |
| <input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation | <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval |
| <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TSA | <input type="checkbox"/> Établissement de détention Leclerc de Laval |
| <input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse | <input type="checkbox"/> RI / RTF / RNI (nom complet) : _____ |
| <input type="checkbox"/> CHSLD (nom complet) : _____ | <input type="checkbox"/> GMF : _____ |
| <input type="checkbox"/> RPA (nom complet) : _____ | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Usager apte :

Ind. rég. _____ N° de téléphone résidence _____ Ind. rég. _____ Autre N° de téléphone _____
 Cellulaire Travail

Adresse courriel :

Usager majeur inapte :

Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :

- Mandataire Tuteur Curateur Curateur public Proche parent Conjoint (marié, union civile ou de fait)
 Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier

Ind. rég. _____ N° de téléphone résidence _____ Ind. rég. _____ Autre N° de téléphone _____
 Cellulaire Travail

Adresse courriel :

EMPLOYÉS

RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19

Sélectionner la première raison applicable seulement

- | | |
|--|---|
| <p># Matricule : _____
 Titre d'emploi : _____
 Installation : _____
 <input type="checkbox"/> CISSS de Laval → <input type="checkbox"/> Autorisation pour transmission au service de santé
 <input type="checkbox"/> Hors CISSS de Laval
 <input type="checkbox"/> Non-salarié CISSS de Laval. Occupation :
 <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Étudiant/Stagiaire <input type="checkbox"/> Travailleur d'agence
 <input type="checkbox"/> Médecin N°. Pratique _____ <input type="checkbox"/> Résident N°. Pratique _____
 <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> | <p><input type="checkbox"/> 1-Résident en CHSLD public/privé (peu importe l'âge ou la condition médicale)
 <input type="checkbox"/> 2-Résident en RPA (peu importe l'âge ou la condition médicale)
 <input type="checkbox"/> 3-Femmes enceintes (peu importe le trimestre de grossesse ou la condition médicale)
 <input type="checkbox"/> 4-Travailleur de la santé (peu importe la condition médicale)
 <input type="checkbox"/> 5-Maladies chroniques (âgé de 18 ans et plus)
 <input type="checkbox"/> 6-Autres</p> |
|--|---|

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION - N'HÉSITEZ PAS À DEMANDER PLUS D'INFORMATIONS

OUI NON

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Est-ce qu'il s'agit de votre première dose du vaccin contre la COVID-19? <i>Ne pas administrer de deuxième dose</i> | | |
| 2. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (anaphylaxie) suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un produit ayant les mêmes composantes (tel que le polyéthylène glycol)? <i>Si oui, comparer les composantes avec celles décrites dans le PIQ.</i> | | |
| 3. Notez-vous actuellement un changement dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)? <i>En cas de maladie aiguë, sévère ou présence de fièvre, reporter la vaccination.</i> | | |
| 4. Avez-vous fait une infection à la COVID-19? Si oui, quelle est la date de fin de votre période de contagiosité : _____ | | |
| 5. Êtes-vous immunodéprimé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs? <i>Si oui, procéder à la vaccination puisque les bénéfices surpassent les risques. Toutefois, la réponse immunitaire peut être moindre.</i> | | |
| 6. Êtes-vous atteints d'une maladie auto-immune ou démyélinisante? Si oui, bien que les données sur la sécurité du vaccin chez ces personnes soient limitées, les bénéfices de la vaccination surpassent les risques théoriques. La personne pourrait toutefois choisir d'en discuter avec son médecin traitant. | | |
| 7. Êtes-vous enceinte actuellement? <i>Si oui, la vaccination n'est pas recommandée sauf en présence d'un risque très élevé de complications de la COVID-19 ou d'exposition à la maladie, sur avis du médecin traitant.</i> | | |
| 8. Allaitiez-vous actuellement? <i>Si oui, procéder à la vaccination puisque les bénéfices surpassent les risques.</i> | | |
| 9. Avez-vous reçu un autre vaccin (sauf celui de l'influenza ou du pneumocoque) au cours des 14 derniers jours? <i>Si oui, reporter la vaccination contre la COVID-19 à 14 jours suivant l'administration d'un vaccin inactivé ou vivant atténué.</i> | | |
| 10. Avez-vous reçu l'administration d'anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma de convalescents? <i>Si oui, attendre 90 jours avant de recevoir le vaccin contre la Covid-19.</i> | | |

VACCINATION
CONTRE LA COVID-19

NOM À LA NAISSANCE : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M
N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
ADRESSE : _____
VILLE : _____ CODE POSTAL : _____
ID SI-PMI : _____

CONSENTEMENT / DÉCISION

Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.

L'utilisateur ou son représentant légal : Consent à la vaccination contre la COVID-19
 Refuse la vaccination contre la COVID-19

VACCINATEUR :

Profession : Infirmière Médecin Sage-femme Inhalothérapeute Pharmacien

Nom (en lettres moulées) : _____ Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

SITE D'INJECTION IM

PB COVID-19 (Pfizer^{MD})
Recommandé à l'ensemble de la population âgée de **16 ans et plus**

1^{re} dose : _____ mL intramusculaire (IM)

Bras droit (B.D.)

MOD COVID-19 (Moderna^{MD})
Recommandé à l'ensemble de la population âgée de **18 ans et plus**

2^e dose : _____ mL intramusculaire (IM)

Bras gauche (B.G.)

Cuisse droite (C.D.)

Cuisse gauche (C.G.)

No de lot : _____ Date de péremption : _____

Bris de la chaîne de froid (BCF) : écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).

Une période d'attente de 15 minutes post-administration du vaccin a été recommandée à l'utilisateur.

INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :

Titre d'emploi : _____

Nom (en lettres moulées) : _____ Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES (À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT LE CAS ÉCHÉANT)

Description et interventions :

Appel 911 Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et acheminé à la DSPublique.

Nom (en lettres moulées) : _____ Titre d'emploi : _____

Signature de l'évaluateur : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

Saisie par (initiales) : _____