

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

- Hôpital de la Cité-de-la-Santé  RPA : \_\_\_\_\_  
 CVM : \_\_\_\_\_  Centre de réadaptation DI-TSA : \_\_\_\_\_  
 CHSLD : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_

Usager apte :

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

Adresse courriel :

Usager majeur inapte ou mineur de moins de 14 ans:

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 DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19

\*Sélectionner la première raison applicable seulement\*

# Matricule : \_\_\_\_\_  
Titre d'emploi : \_\_\_\_\_  
Installation : \_\_\_\_\_  
 CISSS de Laval →  Autorisation pour transmission au service de santé  
 Hors CISSS de Laval  
 Non-salarié CISSS de Laval. Occupation : \_\_\_\_\_  
 Titre d'emploi et N° de permis (PRN) : \_\_\_\_\_

- 1-Résident en CHSLD public/privé (Ø Vecteur viral)  
 2-Résident en RPA (Ø Vecteur viral)  
 3-Femmes enceintes (Ø Vecteur viral)  
 4-Travailleur de la santé (peu importe la condition médicale)  
 5-Maladies chroniques (peu importe l'âge)  
 6-Autres

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

OUI NON

1. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ Voir section détails des produits immunisants administrés au verso.
2. Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la COVID-19? Date : \_\_\_\_\_ Produit : \_\_\_\_\_  
• Intervalle **minimal** entre les doses : ARN messenger 21 jours / Vecteur viral 28 jours / calendrier mixte (VV + ARNm) 28 jours.  
• 2<sup>e</sup> dose : Privilégier ARNm (consentement éclairé si opte pour une 2<sup>e</sup> dose de vecteur viral)
3. Avez-vous déjà eu un test positif à la COVID-19? Date de début des symptômes ou du test positif : \_\_\_\_\_  
Intervalle minimal de 21 jours entre le début des symptômes ou résultat du TAAN positif et le vaccin. Si ce délai est respecté, une seule dose sera requise pour un usager immunocompétent. Si intervalle non respecté ou infection COVID-19 après la 1<sup>re</sup> dose : 2 doses sont requises.
4. Avez-vous reçu des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma de convalescents de la COVID-19?  
Respecter un intervalle de 90 jours avant d'administrer un vaccin contre la Covid-19.
5. Notez-vous actuellement un changement **significatif** dans votre état de santé (comparativement à votre état habituel)?  
En cas de maladie aiguë, sévère ou présence de fièvre, reporter la vaccination.
6. Avez-vous déjà fait une réaction allergique suivant l'administration d'une dose antérieure d'un vaccin contre la COVID-19 ou d'un autre produit ayant un composant identique (ex. : Polyéthylène glycol, Trométhamine ou Polysorbate)?  
Voir outil d'aide à la décision sur les antécédents de réactions allergiques et comparer les composantes du produit.
7. Êtes-vous immunodéprimé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs?  
La réponse immunitaire peut être moindre. 2 doses requises indépendamment des antécédents d'infection à la COVID-19.  
Intervalle recommandé entre les deux doses : 28 jours.
8. Avez-vous déjà fait une thrombocytopénie induite par l'héparine OU un **syndrome de fuite capillaire idiopathique (maladie de Clarkson)** OU une thrombose avec thrombocytopénie **après la première dose** d'un vaccin à vecteur viral contre la COVID-19. Utiliser un vaccin ARNm.
9. Êtes-vous atteints d'une maladie auto-immune ou démyélinisante? Données limitées, bénéfices surpassent risques théoriques.
10. Êtes-vous enceinte actuellement? Le vaccin devrait être offert aux femmes enceintes. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.
11. Avez-vous reçu un vaccin vivant atténué au cours des 14 derniers jours? Si oui, reporter vaccination. Aucun délai à respecter pour les vaccins inactivés, incluant le dcaT chez la femme enceinte, ainsi que toute prophylaxie post-exposition (ex. : rage, hépatite B, tétanos).
12. Avez-vous présenté une myocardite ou une péricardite suivant l'administration d'une dose antérieure d'un vaccin ARNm ? L'usager ne devrait pas recevoir de 2<sup>e</sup> dose de vaccin COVID-19 ARNm d'ici à ce que plus de données soient disponibles.

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'usager ou son représentant légal :  Consent à la vaccination contre la COVID-19  
 Refuse la vaccination contre la COVID-19  
 Contre-indication : \_\_\_\_\_

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<sup>MD</sup> (Pfizer) **12 ans et plus**  
 MOD COVID-19<sup>MD</sup> (Moderna) **18 ans et plus**  
 Covishield<sup>MD</sup> (SII) **45 ans et plus** pour les 2<sup>e</sup> doses **OU** **18 ans et plus**  
si contre-indication aux ARNm  
 AZ COVID-19<sup>MD</sup> (AstraZeneca) **45 ans et plus** pour les 2<sup>e</sup> doses **OU**  
**18 ans et plus** si contre-indication aux ARNm

1<sup>re</sup> dose : \_\_\_\_\_ mL intramusculaire (IM)  
 2<sup>e</sup> dose : \_\_\_\_\_ mL intramusculaire (IM)

Bras droit (B.D.)  
 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'usager.  
 Une période d'attente de **30 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager selon l'outil d'aide à la décision sur les antécédents de réactions allergiques.

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) : \_\_\_\_\_