

# GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

1

Informations d'identification de l'utilisateur à vacciner.

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p>VACCINATION CONTRE LA COVID-19</p>	 D T 1 0 0 5	NOM À LA NAISSANCE : _____
		PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N.A.M. : _____		EXP : ____ / ____
ADRESSE : _____		
VILLE : _____		CODE POSTAL : _____
ID SI-PMI : _____		

2

Cocher le lieu où le vaccin est administré.

Inscrire **obligatoirement le nom au complet** de l'établissement lorsque requis (ex. : CHSLD Ste-Dorothée).

LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : <i>SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu</i>	
<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé	<input type="checkbox"/> RPA : _____
<input type="checkbox"/> CVM : _____	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TSA _____
<input type="checkbox"/> CHSLD : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____

3

**Usager apte** : Indiquer oui. Pas besoin des autres informations qui sont déjà indiquées sur l'adressographe et dans le dossier papier ou électronique. Les jeunes de 14 ans et plus sont considéré apte à consentir.

**Usager majeur inapte ou mineur de moins de 14 ans** : Inscrire les informations de la personne qui consent à la vaccination pour l'utilisateur (ex. : conjoint). Numéro de téléphone et adresse courriel à fournir pour la santé publique.

**Dans le cas d'un jeune de 12 ou 13 ans** : Indiquer son âge à côté de « Usager majeur Inapte ou mineur de moins de 14 ans » puis inscrire les informations de la personne qui consent à la vaccination pour l'utilisateur (ex. : mère, père). Il faut aussi indiquer le numéro de téléphone de la personne qui consent à la vaccination.

<b>Usager apte :</b>			
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° de téléphone
			<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :			
<b>Usager majeur inapte ou mineur de moins de 14 ans:</b>			
Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :			
<input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur	<input type="checkbox"/> Curateur public
<input type="checkbox"/> Proche parent	<input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait)		
<input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier			
Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° de téléphone
			<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail
Adresse courriel :			

4

- Si vous vaccinez un employé du réseau de la santé, inscrire pour **tous** les employés : son matricule, son titre d'emploi et son installation (ex : CHSLD Ste-Dorothée).
- Cocher s'il s'agit d'un employé du CISSS de Laval, d'un employé hors CISSS (ex : CHSLD privé, RPA) ou d'un non-salarié du CISSS de Laval (ex : bénévole, stagiaire, médecin) et inscrire son titre d'emploi et son numéro de permis s'il y a lieu.
  - Au besoin vous référer à l'outil dans le cartable de l'évaluateur

## EMPLOYÉS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ

# 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. <b>Occupation :</b>
<input type="checkbox"/> Titre d'emploi et N° de permis (PRN) : _____

## GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

5

Cocher la raison d'administration du vaccin pour la saisie SI-PMI. Sélectionner la première raison d'administration du vaccin seulement.

(Ex : si vous vaccinez un travailleur de la santé avec maladie chronique, sélectionnez uniquement 4-Travailleur de la santé)

Cocher une seule raison seulement.

### RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE LA COVID-19

\*Sélectionner la première raison applicable seulement\*

- 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

6

Le vaccinateur doit poser toutes les questions à l'usager ou son représentant légal. Vous référer aux indications en italique dans chaque case pour guider vos interventions selon les réponses aux questions.

3. Pour l'usager ayant eu confirmation de son infection par un test TAAN positif et qui a respecté le délai de 21 jours entre son test ou le début de ses symptômes 1 seule dose est nécessaire.

6. Si l'usager présente un antécédent de réaction allergique grave à une des composantes du vaccin, ne pas administrer le vaccin ayant cette composante. \* Vous référer à l'outil dans cartable évaluateur

7. 8. 9. 11. 12 Vous réferez à l'aide-mémoire dans le cartable des évaluateurs.

10. Les femmes enceintes, particulièrement celles qui ont des problèmes de santé préexistants (ex. : diabète, obésité), ont un risque plus élevé de complications de la COVID-19 que les femmes qui ne sont pas enceintes. La décision de recevoir le vaccin devra être prise de manière éclairée par la femme enceinte après discussion des risques et des bénéfices de la vaccination pour elle avec un professionnel de la santé (dont les vaccinateurs).

### 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.*

## GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

7

1. Cocher une fois que tous les renseignements ont été donnés à l'utilisateur ou à son représentant légal.
2. Cocher si l'utilisateur ou son représentant légal consent ou refuse la vaccination.
3. Le vaccinateur inscrit tous les renseignements nécessaires à des fins d'identification.

### 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  
 Contre-indication : \_\_\_\_\_

### VACCINATEUR :

Profession :  Infirmière  Médecin  Sage-femme  Inhalothérapeute  Pharmacien

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
année - mois - jour

8

1. Cocher le nom du vaccin administré, la dose ainsi que le site d'injection.
2. Inscrire le numéro de lot ainsi que la date de péremption du vaccin administré.

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS	SITE D'INJECTION IM	
<input type="checkbox"/> PB COVID-19 <sup>MD</sup> (Pfizer) <b>12 ans et plus</b>	<input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> dose : _____ mL intramusculaire (IM)	<input type="checkbox"/> Bras droit (B.D.)
<input type="checkbox"/> MOD COVID-19 <sup>MD</sup> (Moderna) <b>18 ans et plus</b>	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> dose : _____ mL intramusculaire (IM)	<input type="checkbox"/> Bras gauche (B.G.)
<input type="checkbox"/> Covishield <sup>MD</sup> (SII) <b>45 ans et plus</b> pour les 2 <sup>e</sup> doses OU <b>18 ans et plus</b> si contre-indication aux ARNm		<input type="checkbox"/> Cuisse droite (C.D.)
<input type="checkbox"/> AZ COVID-19 <sup>MD</sup> (AstraZeneca) <b>45 ans et plus</b> pour les 2 <sup>e</sup> doses OU <b>18 ans et plus</b> si contre-indication aux ARNm		<input type="checkbox"/> Cuisse gauche (C.G.)
No de lot : _____	Date de péremption : _____	

9

1. Cocher cette case uniquement si le vaccin administré a été impliqué dans un bris de la chaîne de froid (BCF) et que la Direction de santé publique a confirmé qu'il pouvait tout de même être utilisé.
2. Cocher qu'une période d'attente de 15 minutes a été recommandée à l'utilisateur post vaccination. Cocher une période d'attente de 30 minutes si l'utilisateur a répondu **oui** à la **question 6**.
3. L'intervenant qui a administré le vaccin inscrit tous les renseignements nécessaires à des fins d'identification. (Si l'intervenant est la même personne que le vaccinateur, la signature est requise aux 2 endroits).

## GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

- 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.
- Une période d'attente de **30 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'utilisateur 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

10

Section à compléter seulement si présence de réaction post-vaccinale immédiate (ex : vagal, choc anaphylactique).  
Décrire les interventions effectuées.

Pour les réactions post-vaccinales graves ou inhabituelles, le formulaire de déclaration de manifestations cliniques après une vaccination doit aussi être complété et acheminé à la Direction de santé publique. Le formulaire est disponible à la page [Vaccination contre la COVID-19 de Laval en santé](#).

L'évaluateur doit inscrire toutes les informations à des fins d'identification.

11

La personne qui effectue la saisie dans SI-PMI appose ses initiales au bas du formulaire.

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