

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 N/A

- | QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION  | OUI | NON | N/A |
|---|-----|-----|-----|
| 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 dernière dose: _____ Produit : _____<br>• ARNm : Intervalle minimal entre la 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>e</sup> dose : 21 jours / Entre la 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> dose si applicable : 4 semaines<br>• Vecteur viral : Intervalle minimal entre la 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>e</sup> dose : 4 semaines<br>• Calendrier mixte (VV + ARNm) et doses supplémentaires (voyageurs et vaccins étrangers) : Intervalle minimal : 4 semaines depuis la dernière dose |     |     |     |
| 3. Avez-vous déjà eu un test positif à la COVID-19? Date du test TAAN positif: _____<br>Intervalle minimal de 21 jours entre le test TAAN positif et le 1 <sup>er</sup> vaccin. Si ce délai est respecté, une seule dose sera requise pour un usager immunocompétent. Si absence de test TAAN positif, intervalle non respecté ou infection COVID-19 après la 1 <sup>ère</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?<br>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, Trométamol 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, dialysé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs? La réponse immunitaire peut être moindre. 3 doses requises indépendamment des antécédents d'infection à la COVID-19. Intervalle minimal entre la 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>e</sup> dose ARNm : 21 jours / Intervalle minimal entre la 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> dose : 4 semaines   |     |     |     |
| 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. La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.   |     |     |     |
| 10. Êtes-vous enceinte ou allaitante actuellement? Le vaccin devrait être offert aux femmes enceintes. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm. La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.  |     |     |     |
| 11. Avez-vous reçu un vaccin vivant atténué au cours des 14 derniers jours? Si oui, se référer au « Cartable des vaccinoteurs - Station d'évaluation ». 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). TCT???  |     |     |     |

**12. Avez-vous présenté une myocardite ou une péricardite ? suivant l'administration d'une dose antérieure d'un vaccin ARNm ?** L'utilisateur 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. Si oui, se référer au « Cartable des vaccinateurs - Station d'évaluation »

<p><b>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</b></p>  <p style="text-align: center;"><b>VACCINATION CONTRE LA COVID-19</b></p>	<p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____    SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>N.A.M. : _____    EXP : ____ / ____</p> <p>ADRESSE : _____</p> <p>VILLE : _____    CODE POSTAL : _____</p> <p>ID SI-PMI : _____</p>
--	--

**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

**DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS**

<p><input type="checkbox"/> <b>PB COVID-19<sup>MD</sup> (Pfizer) 12 ans et plus (favoriser PB COVID-19 chez les 12-17 ans)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>MOD COVID-19<sup>MD</sup> (Moderna) 12 ans et plus (autoriser mais favoriser PB COVID-19 chez les 12-17 ans)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>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</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>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</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>1<sup>re</sup> dose :</b> ____ mL intramusculaire (IM)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>2<sup>e</sup> dose :</b> ____ mL intramusculaire (IM)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>3<sup>e</sup> dose :</b> ____ mL intramusculaire (IM)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>4<sup>e</sup> dose :</b> ____ mL intramusculaire (IM)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>__ dose :</b> ____ mL intramusculaire (IM)</p>	<p><b>SITE D'INJECTION IM</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bras droit (B.D.)</p> <p><input type="checkbox"/> Bras gauche (B.G.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuisse droite (C.D.)</p> <p><input type="checkbox"/> Cuisse gauche (C.G.)</p>
---	--	--

**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.

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

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