

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
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 : _____ • ARNm : Intervalle minimal entre la 1 ^{ère} et 2 ^e dose : 21 jours / Entre la 2 ^e et 3 ^e dose si applicable : 4 semaines • Vecteur viral : Intervalle minimal entre la 1 ^{ère} et 2 ^e dose : 4 semaines • 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: _____ Intervalle minimal de 21 jours entre le test TAAN positif et le 1 ^{er} 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 ^{ère} 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, 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 ^{ère} et 2 ^e dose ARNm : 21 jours / Intervalle minimal entre la 2 ^e et 3 ^e 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 <u>après la première dose</u> 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? La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.			
10. Êtes-vous enceinte ou allaitante actuellement? La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.			
11. Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours? Si oui, se référer au « Cartable des vaccinoteurs - Station d'évaluation ».			
12. Avez-vous déjà présenté une myocardite OU une péricardite OU un syndrome de Guillain-Barré? Si oui, se référer au « Cartable des vaccinoteurs - Station d'évaluation ».			

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

<input type="checkbox"/> PB COVID-19 ^{MD} (Pfizer) 12 ans et plus (favoriser PB COVID-19 chez les 12-17 ans)	<input type="checkbox"/> 1 ^{re} dose : _____ mL intramusculaire (IM)	<input type="checkbox"/> Bras droit (B.D.)
<input type="checkbox"/> MOD COVID-19 ^{MD} (Moderna) 12 ans et plus (autoriser mais favoriser PB COVID-19 chez les 12-17 ans)	<input type="checkbox"/> 2 ^e dose : _____ mL intramusculaire (IM)	<input type="checkbox"/> Bras gauche (B.G.)
<input type="checkbox"/> Covishield ^{MD} (SII) 45 ans et plus pour les 2^e doses OU 18 ans et plus si contre-indication aux ARNm	<input type="checkbox"/> 3 ^e dose : _____ mL intramusculaire (IM)	<input type="checkbox"/> Cuisse droite (C.D.)
<input type="checkbox"/> AZ COVID-19 ^{MD} (AstraZeneca) 45 ans et plus pour les 2^e doses OU 18 ans et plus si contre-indication aux ARNm	<input type="checkbox"/> 4 ^e dose : _____ mL intramusculaire (IM)	<input type="checkbox"/> Cuisse gauche (C.G.)
	<input type="checkbox"/> __ dose : _____ mL intramusculaire (IM)	

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) : _____