

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

1 Informations d'identification de l'utilisateur à vacciner.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec



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 : _____

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) : *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 : _____

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.

Usager apte :

Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° de téléphone
			<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> 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
			<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 : _____
 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) : _____

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 un 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^{re} dose : 2 doses sont requises.
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. * Se référer aux outils dans le « *Cartable des vaccinateurs* ».
7. 8. 9. 11. 12 Se référer aux outils dans le « *Cartable des vaccinateurs* »
10. La vaccination est recommandée chez les femmes enceintes ou allaitantes. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.

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 <i>minimal</i> entre la 1 ^{ère} et 2 ^e dose : 21 jours / Entre la 2 ^e et 3 ^e dose <i>si applicable</i> : 4 semaines • Vecteur viral : Intervalle <i>minimal</i> entre la 1 ^e et 2 ^e dose : 4 semaines • Calendrier mixte (VV + ARNm) et doses supplémentaires (voyageurs et vaccins étrangers) : Intervalle <i>minimal</i> : 4 semaines depuis la dernière dose			
3. Avez-vous déjà eu un test positif à la COVID-19? Date du test TAAN positif: _____ <i>Intervalle minimal de 21 jours entre le test TAAN positif et le 1er 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^{re} dose : 2 doses sont requises.</i>			
4. Avez-vous reçu des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma de convalescents de la COVID-19? <i>Respecter un intervalle de 90 jours avant d'administrer un vaccin contre la Covid-19.</i>			
5. Notez-vous actuellement un changement <u>significatif</u> 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>			
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)? <i>Voir outil d'aide à la décision sur les antécédents de réactions allergiques et comparer les composantes du produit.</i>			
7. Êtes-vous immunodéprimé, dialysé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs? <i>La réponse immunitaire peut être moindre. 3 doses requises indépendamment des antécédents d'infection à la COVID-19. Intervalle <i>minimal</i> entre la 1^{ère} et 2^e dose ARNm : 21 jours / Intervalle <i>minimal</i> entre la 2^e et 3^e dose : 4 semaines</i>			
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. <i>Utiliser un vaccin ARNm.</i>			
9. Êtes-vous atteints d'une maladie auto-immune ou démyélinisante? <i>La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.</i>			
10. Êtes-vous enceinte ou allaitante actuellement? <i>La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.</i>			
11. Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours? <i>Si oui, se référer au « Cartable des vaccinateurs - Station d'évaluation ».</i>			
12. Avez-vous déjà présenté une myocardite OU une péricardite OU un syndrome de Guillain-Barré? <i>Si oui, se référer au « Cartable des vaccinateurs - Station d'évaluation ».</i>			

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

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

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).

- 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) : _____