

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

1

Informations d'identification de l'usager 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) : <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 considérés aptes 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'usager (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'usager (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) :					
<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. Occupation :
<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
- 2-Résident en RPA
- 3-Femmes enceintes
- 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 au PIQ ou au cartable des vaccinateurs pour guider vos interventions selon les réponses aux questions.

- 2.1 Pour chacune des doses de vaccin reçu contre la COVID-19, indiquer la date et le nom du vaccin.
- 2.2 Selon votre évaluation, indiquer si une dose supplémentaire ou de rappel est indiqué à l'usager.
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 ».
10. La vaccination est recommandée chez les femmes enceintes ou allaitantes. Favoriser l'utilisation d'un vaccin ARNm.

Pour les questions 4. 5. 7. 8. 9. 11. 12 Se référer au PIQ ou aux outils dans le cartable des vaccinateurs

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION	Se référer au PIQ ou au cartable des vaccinateurs	OUI	NON
1. Quel âge avez-vous? _____	Voir la section « Détails des produits immunisants administrés » au verso.		
2. Avez-vous déjà reçu des vaccins contre la COVID-19?	1 ^{re} dose - Date : _____ Produit : _____ 4 ^e dose - Date : _____ Produit : _____ 2 ^e dose - Date : _____ Produit : _____ 5 ^e dose - Date : _____ Produit : _____ 3 ^e dose - Date : _____ Produit : _____		
3. Avez-vous déjà eu un test positif à la COVID-19? Date du dernier test TAAN ou TDAR positif: _____ TAAN : test d'amplification des acides nucléiques (en laboratoire) TDAR : Test de dépistage antigénique rapide (auto-dépistage)			
4. Avez-vous eu un changement significatif de votre état de santé récemment ou depuis votre dernière dose de vaccin? En cas de maladie aigüe, sévère ou symptômes de la COVID-19, reporter la vaccination.			
5. Êtes-vous immunodéprimé, dialysé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs? 5 ans et plus : 3 doses requises indépendamment des ATCD d'infection à la COVID-19. 12 ans et plus : 2 doses de rappel.			
6. Avez-vous déjà fait une réaction importante après avoir reçu un vaccin ou un autre produit (autre qu'une allergie alimentaire) ayant nécessité une consultation médicale?			
7. Êtes-vous enceinte ? La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle (ARNm).			
8. Avez-vous reçu un vaccin dans les 14 derniers jours ou un produit sanguin dans les 90 derniers jours? Produit sanguin : anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma de convalescents de la COVID-19? Si oui, respecter un intervalle de 90 jours avant d'administrer un vaccin contre la Covid-19.			

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

7

1. Cocher une fois que tous les renseignements ont été données à l'usager ou à son représentant légal.
2. Cocher si l'usager ou son représentant légal consent ou refuse la vaccination.
3. Cocher si l'évaluateur identifie une contre-indication ou si la vaccination est non indiquée.
4. 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'usager Consent à la vaccination contre la COVID-19
ou son représentant légal : Dose de rappel : Consentement obtenu lors de l'administration de la 1re dose de vaccin contre la COVID-19
 Refuse la vaccination contre la COVID-19
 Contre-indication / Non indiqué : _____

VACCINATEUR QUI A FAIT L'ÉVALUATION :

Nom : _____ Titre d'emploi : _____ No de permis : _____
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____
_____ année - mois - jour

8

1. Cocher le nom du vaccin administré
2. Préciser s'il s'agit de la 1^e dose ou autre selon le calendrier de primovaccination ou d'une dose de rappel
3. Préciser la dose ainsi que le site d'injection.
4. Incrire le numéro de lot ainsi que la date de péremption du vaccin administré.
5. Cocher si l'évaluateur décide qu'aucun vaccin est à administrer.

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS		SITE D'INJECTION IM
ARN	<input type="checkbox"/> COMIRNATY ^{MD} Pédiatrique (Pfizer) <u>5-11 ans</u>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,2 ml intramusculaire
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY ^{MD} (Pfizer) <u>12 ans et plus</u>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,3 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,3 ml intramusculaire
	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX ^{MD} (Moderna) <u>12 ans et plus (autorisé mais favoriser PB COVID-19 chez les 12-29 ans)</u>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : <u>0,25 ml</u> intramusculaire
PRA	<input type="checkbox"/> NUVAZOVID ^{MD} (Novavax) <u>18 ans et plus</u>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,5 ml intramusculaire
<input type="checkbox"/> Aucun vaccin administré		
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'usager post vaccination.
Cocher une période d'attente de 30 minutes si l'usager 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'usager.
 Une période d'attente de **30 minutes** post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager.

INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :

Nom : _____ Titre d'emploi : _____ No 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 : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____ Heure : _____
année - mois - jour

Signature de l'évaluateur : _____ Saisie par (initiales) : _____