

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 Représentant légal Curateur Curateur public Conjoint (marié, union civile, de fait) Proche parent
 Parent 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
 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

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 aiguë, 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 des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma d'usagers convalescents de la COVID-19 dans les 90 derniers jours?

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval



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 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

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS

SITE D'INJECTION IM

ARNIm	<input checked="" type="checkbox"/> COMIRNATY^{MD} Pédiatrique (Pfizer) 5-11 ans	<input checked="" type="checkbox"/> # dose _____ : 0,2 ml intramusculaire	<input checked="" type="checkbox"/> Bras droit (B.D.) <input checked="" type="checkbox"/> Bras gauche (B.G.) <input checked="" type="checkbox"/> Cuisse droite (C.D.) <input checked="" type="checkbox"/> Cuisse gauche (C.G.)
	<input checked="" type="checkbox"/> COMIRNATY^{MD} (Pfizer) 12 ans et plus	<input checked="" type="checkbox"/> # dose _____ : 0,3 ml intramusculaire <input checked="" type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,3 ml intramusculaire	
	<input checked="" type="checkbox"/> SPIKEVAX^{MD} (Moderna) 6-11 ans autorisé <i>(mais favoriser COMIRNATY Pédiatrique chez les 6-11 ans)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> # dose _____ : 0,25 ml intramusculaire	
	<input checked="" type="checkbox"/> SPIKEVAX^{MD} (Moderna) 12 ans et plus autorisé <i>(mais favoriser COMIRNATY chez les 12-29 ans)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input checked="" type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,25 ml intramusculaire	
PRA	<input checked="" type="checkbox"/> COVIFENZ^{MD} (Medicago) 18 à 64 ans autorisé <i>(exceptionnellement chez les 65 ans et plus)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input checked="" type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,5 ml intramusculaire	
	<input checked="" type="checkbox"/> NUVAXOVID^{MD} (Novavax) 18 ans et plus	<input checked="" type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input checked="" type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,5 ml intramusculaire	

No de lot : _____ Date d'expiration : _____

Aucun vaccin administré.

Une période d'attente de 15 minutes OU 30 minutes post-administration du vaccin a été recommandée à l'usager.

Bris de la chaîne de froid (BCF) : écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).

INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN :

Nom : _____ Titre d'emploi : _____ No 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 : _____ Titre d'emploi : _____ Date : _____ Heure : _____

année - mois - jour

Signature de l'évaluateur : _____

Saisie par (initiales) : _____

NE PAS IMPRIMER