

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE 62-100-007 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 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
			<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 62-100-007 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 les huit (8) questions à l'usager ou à son représentant légal. Vous référer au PIQ ou au « *Cartable des vaccinateurs* » pour guider vos interventions selon les réponses aux questions.

1. L'âge de l'usager détermine le choix du vaccin, le nombre de doses en primovaccination ou de rappel ainsi que la dose à administrer.
2. Pour chacune des doses de vaccin reçu contre la COVID-19, indiquer la date et le nom du vaccin.
3. Pour l'usager ayant eu un test positif à la COVID-19, inscrire la date du dernier test TAAN ou TDAR. *Se référer à la section des antécédent d'infection à la COVID-19 dans le « *Cartable des vaccinateurs* ».
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* ».

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION	<i>Se référer au PIQ ou au cartable des vaccinateurs</i>	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: _____ <i>TAAN : test d'amplification des acides nucléiques (en laboratoire) TDAR : Test de dépistage antigénique rapide (auto-dépistage)</i>			
4. Avez-vous eu un changement <u>significatif</u> de votre état de santé récemment ou depuis votre dernière dose de vaccin? <i>En cas de maladie aiguë, sévère ou symptômes de la COVID-19, reporter la vaccination.</i>			
5. Êtes-vous immunodéprimé, dialysé ou prenez-vous des médicaments immunodépresseurs? <i>5 ans et plus : 3 doses requises indépendamment des ATCD d'infection à la COVID-19. 12 ans et plus : 2 doses de rappel.</i>			
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 ? <i>La vaccination est recommandée pour ce type de clientèle (ARNm).</i>			
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?			

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE 62-100-007 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. 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'utilisateur Consent à la vaccination contre la COVID-19
ou son représentant légal : Dose de rappel : Consentement obtenu lors de l'administration de la 1^{re} 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, 2^e ou 3^e dose selon le calendrier de primovaccination ou d'une dose de rappel.
3. Préciser la dose ainsi que le site d'injection.
4. Inscrire 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
ARNIm	<input type="checkbox"/> COMIRNATY ^{MD} Pédiatrique (Pfizer) <u>5-11 ans</u>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,2 ml intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit (B.D.) <input type="checkbox"/> Bras gauche (B.G.) <input type="checkbox"/> Cuisse droite (C.D.) <input type="checkbox"/> Cuisse gauche (C.G.)
	<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>6-11 ans autorisé</u> <i>(mais favoriser COMIRNATY Pédiatrique chez les 6-11 ans)</i>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,25 ml intramusculaire	
	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX ^{MD} (Moderna) <u>12 ans et plus autorisé</u> <i>(mais favoriser COMIRNATY chez les 12-29 ans)</i>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,25 ml intramusculaire	
PRA	<input type="checkbox"/> COVIFENZ ^{MD} (Medicago) <u>18 à 64 ans autorisé</u> <i>(exceptionnellement chez les 65 ans et plus)</i>	<input type="checkbox"/> # dose _____ : 0,5 ml intramusculaire <input type="checkbox"/> Dose de rappel : 0,5 ml intramusculaire	
	<input type="checkbox"/> NUVAXOVID ^{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	
No de lot : _____ Date d'expiration : _____			

GUIDE DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE 62-100-007 VACCINATION CONTRE LA COVID-19

9

1. Cocher une seule période d'attente de 15 ou 30 minutes recommandée à l'usager post vaccination. Si l'usager a répondu **oui** à la **question 6**, alors sélectionner une période d'attente de 30 minutes.
2. 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.
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).

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

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 inhabituelles (MCI) après une vaccination doit aussi être complété et acheminé à la Direction de santé publique.

Le formulaire MCI est disponible à :

[Site web du MSSS - Déclarer une MCI](#)

ou [Site web Laval en santé - Vaccination contre la COVID-19 / Gestion des réactions cliniques indésirables](#)

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) : _____