

VACCINATION  
CONTRE LA COVID-19

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
N.A.M. : \_\_\_\_\_  
ADRESSE : \_\_\_\_\_  
VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_  
ID SI-PM : \_\_\_\_\_

**Ne pas utiliser sans le code à barres.  
SVP, commander à l'imprimer de CSL.**

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? Si oui, indiquer le nombre de dose(s) reçue(s) : _____ <input type="checkbox"/> Calendrier régulier complété Voir l'aide-mémoire « Calendrier régulier de vaccination contre la COVID-19 et dose de rappel additionnelle » Nom du dernier vaccin reçu : _____ Date de la dernière dose : _____		
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 <u>significatif</u> 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? 6 mois à 4 ans : 3 ou 4 doses de primo requises selon le vaccin choisi indépendamment des ATCD d'infection à la COVID-19. 5 ans et plus : 3 doses de primo requises + 1 dose de rappel indépendamment des ATCD d'infection à la COVID-19. Voir l'aide-mémoire « Calendrier régulier de vaccination contre la COVID-19 et dose de rappel additionnelle »		
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 l'un de ces produits sanguins (des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 ou du plasma d'usagers convalescents de la COVID-19) dans les 90 derniers jours?		

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 ET 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.

Usager ou représentant légal :  Consent à la vaccination contre la COVID-19  Refuse la vaccination contre la COVID-19  Autre : \_\_\_\_\_

Période d'attente recommandée :  15 minutes  30 minutes

**VACCINATEUR QUI A FAIT L'ÉVALUATION :**

Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ No de permis : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

année - mois - jour

DÉTAILS DU PRODUIT IMMUNISANT ADMINISTRÉ		DOSE	En primovaccination	En dose de rappel (aussi nommée additionnelle)	SITE D'INJECTION intramusculaire (IM)
ARNIm monovalent	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>MD</sup> 0,10 mg/mL (Moderna) chez les 6 mois à 5 ans (Mais favoriser COMIRNATY 10 µg 5-11 ans chez les 5 ans et plus)	0,25 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>MD</sup> 3 µg 6 mois-4 ans (Pfizer)	0,2 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____		
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>MD</sup> 10 µg 5-11 ans (Pfizer)	0,2 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____	<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>MD</sup> 30 µg (Pfizer) chez les 12 ans et plus	0,3 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____	<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
ARNIm bivalent	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>MD</sup> bivalent BA.4/BA.5 10 µg 5-11 ans (Pfizer)	0,2 mL		<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY <sup>MD</sup> bivalent BA.4/BA.5 (Pfizer) chez les 12 ans et plus	0,3 mL		<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>MD</sup> bivalent BA.1 (Moderna) chez les 18 ans et plus (Mais favoriser COMIRNATY Bivalent chez les 12-29 ans)	0,5 mL		<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
	<input type="checkbox"/> SPIKEVAX <sup>MD</sup> bivalent BA.4/BA.5 (Moderna) chez les 18 ans et plus (Mais favoriser COMIRNATY Bivalent chez les 12-29 ans)	0,5 mL		<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
PRA	<input type="checkbox"/> NUVAXOVID <sup>MD</sup> (Novavax) chez les 12 ans et plus	0,5 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____	<input type="checkbox"/> Dose de rappel	

No de lot : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

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

**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)**

Appel 911  Formulaire « Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination » complété et acheminé à la DSPublique.

Description et interventions :

Nom : \_\_\_\_\_ Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

année - mois - jour

Saisie SI-PMI par (initiales) : \_\_\_\_\_