

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 ^{MD} 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 ^{MD} 3 µg 6 mois-4 ans (Pfizer)	0,2 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____		
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY ^{MD} 10 µg 5-11 ans (Pfizer)	0,2 mL	<input type="checkbox"/> # dose ____	<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY ^{MD} 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 ^{MD} bivalent BA.4/BA.5 10 µg 5-11 ans (Pfizer)	0,2 mL		<input type="checkbox"/> Dose de rappel	
	<input type="checkbox"/> COMIRNATY ^{MD} 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 ^{MD} 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 ^{MD} 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 ^{MD} (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) : _____