

CENTRE INTÉGRÉ
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LAVAL

Octobre
2020



VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

Direction des soins infirmiers

Jacinthe Collin & Sophie Belzile, conseillères cliniques DSI

Inspiré de la présentation de Solange Boucher, conseillère clinique DSI & Céline Marquette, inf. clinicienne CSLC

OBJECTIFS DE LA FORMATION

- ✓ Décrire les aspects légaux et les bonnes pratiques vaccinales entourant la vaccination
- ✓ Habilitier les infirmières à la vaccination sécuritaire contre l'influenza
- ✓ Présenter les formulaires de vaccination contre l'influenza
- ✓ Reconnaître et intervenir lors de manifestations cliniques inhabituelles post-vaccinales
- ✓ Connaître les manifestations cliniques inhabituelles post-vaccinales qui doivent être déclarées à la DSPu
- ✓ Respecter les règles de conservations des vaccins

PLAN DE LA FORMATION

1. Aspects légaux
2. Évaluation et documentation
3. Administration du vaccin
4. Manifestations cliniques potentielles
5. Conservation et entreposage des vaccins
6. Particularités en contexte de pandémie COVID-19

1. Aspects légaux



CHAMPS DE PRATIQUE - Loi sur la santé publique

Professionnels	Rôles en immunisation
Infirmières	Initier et procéder à la vaccination en vertu des lois qui les concernent et des règlement qui en découlent
Médecins	
Sage-femmes	
Pharmaciens	
Infirmières auxiliaires	Contribuer à la vaccination en vertu du Code des professions
CEPI, Externes et étudiantes en S.I.	
Inhalothérapeutes	Initier la vaccination, sur ordonnance dans le cadre du champ d'exercice de leur profession

Les infirmières peuvent procéder à la vaccination de façon autonome et **sans prescription médicale**. Rappelons que les infirmières, les infirmières auxiliaires, les CEPIs et les externes en soins infirmiers peuvent également administrer des produits immunisants prescrits dans une ordonnance individuelle. Dans ce cas, c'est le médecin qui a pris la décision de vacciner le client.

BONNES PRATIQUES VACCINALES

Les informations qui suivent présentent les bonnes pratiques cliniques à respecter lors de la vaccination. Le vaccinateur :

- Vérifie le **statut vaccinal** de la personne en interprétant son carnet de vaccination, son dossier médical ou le registre de vaccination du Québec.
- Selon son champ d'exercice, **détermine la pertinence de vacciner la personne** à la lumière des données recueillies, des indications, des contre-indications et des précautions reliées à chacun des vaccins.
- Renseigne la personne ou son représentant légal sur les **avantages et les risques de l'immunisation** mentionnés dans la section du PIQ et lui remet une feuille d'information pour les personnes à vacciner.
- Obtient le **consentement libre et éclairé** de la personne ou de son représentant légal avant de procéder à la vaccination.
- Respecte les indications, la posologie, la voie d'administration, les techniques d'injection et le calendrier d'immunisation.

BONNES PRATIQUES VACCINALES (Suite)

- Respecte les consignes pour la **manipulation et la conservation** des produits immunisants.
- **Note les immunisations** dans le dossier et les inscrit au Registre de vaccination*
- Assure la **surveillance requise** immédiatement après la vaccination.
- Respecte la conduite à tenir en cas de **réactions à la suite de la vaccination** (incluant l'administration d'adrénaline), le cas échéant.
- Déclare, dans les plus brefs délais au directeur de santé publique du territoire, toute **manifestation clinique inhabituelle** survenue chez une personne ayant reçu un vaccin ou chez une personne de son entourage et fournit au directeur tous les renseignements prévus à l'article 69 de la Loi sur la santé publique suivant les modalités prévues par ce même article.

*La saisie au Registre de vaccination du Québec est une obligation selon la Loi sur la santé publique. Elle doit être réalisée dans les 2 jours ouvrables suivant la vaccination, quel soit du programme public ou privé. Par ailleurs, toute vaccination portée à l'attention du vaccinateur qui n'est pas déjà inscrite au registre, doit aussi y être saisie.

Tiré de la RSI-009 - **Administrer sécuritairement les produits immunisants selon le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)***

2. Évaluation et documentation

FORMULAIRES VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

68-000-739 (français recto-verso)

68-000-741 (anglais recto-verso)

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p>VACCINATION CONTRE LA GRIPPE</p>		<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>ÂGE : _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____</p> <p>ID SI-PMI : _____</p>	
<p>LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval <input type="checkbox"/> CLSC : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé <input type="checkbox"/> Ecole : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TED <input type="checkbox"/> Établissement de détention Leclerc de Laval</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse <input type="checkbox"/> GMF-U / CISSS de Laval : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (nom complet) : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____</p>			
<p>ADRESSE : _____</p> <p>NOM – PRÉNOM DE LA MÈRE (à la naissance) : _____</p> <p>NOM – PRÉNOM DU PÈRE : _____</p>		<p>CODE POSTAL : _____ TÉL. : _____</p>	
<p>* Employé du CISSS de Laval, inscrire le matricule : _____</p> <p>Occupation (non-salarié CISSS de Laval)</p> <p><input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Étudiant/Stagiaire <input type="checkbox"/> Travailleur d'agence</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin N°. Pratique _____ <input type="checkbox"/> Résident N°. Pratique _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Consentement verbal obtenu pour transmission au Service de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		<p>RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE INFLUENZA (Inf) SELON RÉGLES DE SAISIE DU SI-PMI (système d'information pour la protection en maladies infectieuses) :</p> <p><input type="checkbox"/> 1- Influenza – Résident en CHSLD</p> <p><input type="checkbox"/> 2- Influenza – Femme enceinte</p> <p><input type="checkbox"/> 3- Influenza – Maladie chronique (6 mois à 74 ans)</p> <p><input type="checkbox"/> 4- Influenza – Autres raisons</p>	
<p>MESURE POUR LA COVID-19 - SVP inscrire le courriel de la personne vaccinée : _____</p>			
<p>VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS 1 À 8 – N'HÉSITÉZ PAS À DEMANDER PLUS D'INFORMATIONS</p>			
		OUI	NON
1.	Faites-vous de la fièvre actuellement?		
2.	Avez-vous une allergie grave? <input type="checkbox"/> Thimérosal <input type="checkbox"/> Gentamicine <input type="checkbox"/> Polymyxine B <input type="checkbox"/> Néomycine <input type="checkbox"/> Kanamycine		
3.	Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (anaphylaxie) après avoir reçu le vaccin contre la grippe ou un autre vaccin?		
4.	Avez-vous déjà présenté des symptômes respiratoires graves (difficulté à respirer, respiration sifflante, douleur thoracique) ou avez-vous déjà eu une paralysie (Syndrome du Guillain et Barré) après avoir reçu un vaccin contre la grippe?		
5.	Enfant de moins de 9 ans : A-t-il déjà reçu dans sa vie un vaccin contre la grippe?		
6.	Enfant de moins de 9 ans : A-t-il reçu cette année une première dose de vaccin contre la grippe?		
7.	Consentement (selon le Protocole d'immunisation du Québec) : J'ai été informé des avantages de recevoir le vaccin contre la grippe (Influenza) et des manifestations indésirables possibles qui peuvent survenir après la vaccination et je consens à être vacciné.		
8.	Si clientèle hébergée, voir consentement à long terme au dossier.		
<p>SECTION À COMPLÉTER SI LA PERSONNE À VACCINER EST ÂGÉE DE 2 À 17 ANS (si vaccin Flumist Quadrivalent)</p>			
9.	Êtes-vous immunosupprimé ou en contact avec des personnes immunosupprimées?		
10.	Êtes-vous asthmatique sévère et sous traitement de glucocorticothérapie oral depuis les 7 derniers jours?		
11.	Prenez-vous de l'Aspirin ^{MD} (acide acétylsalicylique) ou un médicament quelconque qui en contient?		
12.	Êtes-vous enceinte actuellement?		
13.	Avez-vous des sécrétions nasales importantes?		
<p>ÉVALUATION</p> <p>Vaccination contre la grippe indiquée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON, raison(s) : _____ Date : _____ Heure : _____</p> <p>Signature de l'évaluateur : _____ Date : _____ année - mois - jour</p>			

ÉVALUATION ET DOCUMENTATION AU DOSSIER

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec </p> <p>VACCINATION CONTRE LA GRIPPE</p>	<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>ÂGE : _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____</p> <p>ID SI-PMI : _____</p>											
	<p>LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) : <i>SVP, préciser le nom au complet s'il y a lieu</i></p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval</td><td><input type="checkbox"/> CLSC : _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé</td><td><input type="checkbox"/> École : _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation</td><td><input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TED</td><td><input type="checkbox"/> Établissement de détention Leclerc de Laval</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse</td><td><input type="checkbox"/> GMF-U / CISSS de Laval : _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (<i>nom complet</i>) : _____</td><td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval	<input type="checkbox"/> CLSC : _____	<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé	<input type="checkbox"/> École : _____	<input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TED	<input type="checkbox"/> Établissement de détention Leclerc de Laval	<input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	<input type="checkbox"/> GMF-U / CISSS de Laval : _____	<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (<i>nom complet</i>) : _____
<input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval	<input type="checkbox"/> CLSC : _____											
<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé	<input type="checkbox"/> École : _____											
<input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval											
<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TED	<input type="checkbox"/> Établissement de détention Leclerc de Laval											
<input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	<input type="checkbox"/> GMF-U / CISSS de Laval : _____											
<input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (<i>nom complet</i>) : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____											
<p>ADRESSE : _____</p> <p>NOM – PRÉNOM DE LA MÈRE (à la naissance) : _____</p> <p>NOM – PRÉNOM DU PÈRE : _____</p>	<p>CODE POSTAL : _____ TÉL. : _____</p> <p><i>Inscription Si-PMI</i></p> <p>RAISONS ADMINISTRATION VACCIN CONTRE INFLUENZA (Inf) SELON RÈGLES DE SAISIE DU SI-PMI (système d'information pour la protection en maladies infectieuses) :</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> * Employé du CISSS de Laval, inscrire le matricule : _____</td><td><input type="checkbox"/> 1- Influenza – Résident en CHSLD</td></tr><tr><td>Occupation (non-salarié CISSS de Laval)</td><td><input type="checkbox"/> 2- Influenza – Femme enceinte</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Étudiant/Stagiaire <input type="checkbox"/> Travailleur d'agence</td><td><input type="checkbox"/> 3- Influenza – Maladie chronique (6 mois à 74 ans)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Médecin N°. Pratique _____ <input type="checkbox"/> Résident N°. Pratique _____</td><td><input type="checkbox"/> 4- Influenza – Autres raisons</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> * Employé du CISSS de Laval, inscrire le matricule : _____	<input type="checkbox"/> 1- Influenza – Résident en CHSLD	Occupation (non-salarié CISSS de Laval)	<input type="checkbox"/> 2- Influenza – Femme enceinte	<input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Étudiant/Stagiaire <input type="checkbox"/> Travailleur d'agence	<input type="checkbox"/> 3- Influenza – Maladie chronique (6 mois à 74 ans)	<input type="checkbox"/> Médecin N°. Pratique _____ <input type="checkbox"/> Résident N°. Pratique _____	<input type="checkbox"/> 4- Influenza – Autres raisons	<input type="checkbox"/> Autre : _____		
<input type="checkbox"/> * Employé du CISSS de Laval, inscrire le matricule : _____	<input type="checkbox"/> 1- Influenza – Résident en CHSLD											
Occupation (non-salarié CISSS de Laval)	<input type="checkbox"/> 2- Influenza – Femme enceinte											
<input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Étudiant/Stagiaire <input type="checkbox"/> Travailleur d'agence	<input type="checkbox"/> 3- Influenza – Maladie chronique (6 mois à 74 ans)											
<input type="checkbox"/> Médecin N°. Pratique _____ <input type="checkbox"/> Résident N°. Pratique _____	<input type="checkbox"/> 4- Influenza – Autres raisons											
<input type="checkbox"/> Autre : _____												
<p>Consentement verbal obtenu pour transmission au Service de santé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>												

CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES À LA VACCINATION

CONTRE-INDICATIONS

- Anaphylaxie (ou réaction allergique immédiate grave) suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique
- Grossesse (pour les vaccins vivants atténués seulement)
- État d'immunodépression
 - Déficience immunitaire congénitale (ex. : syndrome de Di George, hypogammaglobulinémie)
 - Leucémie, lymphome, myélome multiple ou cancer non hématologique (Immunodépression causée par la maladie ou par le traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie)
 - Agents immunodépresseurs (ex. : corticostéroïdes, agents biologiques)
 - Déficits immunitaires acquis (ex. : infection par le VIH, sida)

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES

- Maladie aiguë, modérée ou grave, avec ou sans fièvre
 - Une maladie bénigne (sans atteinte de l'état général), même accompagnée de fièvre, n'est pas en soi une contre-indication ou une précaution motivant le report de la vaccination. Il n'est donc pas nécessaire de prendre la température d'une personne avant de lui administrer un vaccin
- Manifestation compatible avec une réaction allergique d'hypersensibilité de type I suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique

CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS SPÉCIFIQUES VACCIN : INFLUENZA INJECTABLE



CONTRE-INDICATIONS

- Anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique. L'anaphylaxie aux œufs n'est plus considérée comme une contre-indication.

PRÉCAUTIONS

- Antécédents de **SOR** avec symptômes respiratoires graves : évaluer les risques et les bénéfices de la vaccination
- Antécédents de **SGB** dans les 6 semaines suivant un vaccin Influenza : éviter de redonner le vaccin

*SOR : Syndrome occulo-respiratoire : Le SOR est considéré comme une manifestation clinique attendue chez un petit nombre de personnes vaccinées. Il est défini comme l'apparition d'au moins l'une des manifestations suivantes dans les 24 heures suivant la vaccination contre la grippe : rougeur oculaire, symptômes respiratoires (toux, respiration sifflante, oppression thoracique, difficulté à respirer, à avaler, voix rauque ou mal de gorge) ou œdème facial. Il s'agit d'un syndrome généralement bénin qui disparaît la majorité du temps en moins de 48 heures.

*SGB : Syndrome Guillain-Barré : Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est une maladie auto-immune inflammatoire du système nerveux périphérique. Le syndrome peut atteindre les nerfs qui commandent les mouvements musculaires, ainsi que ceux qui transmettent les sensations douloureuses, thermiques et tactiles. Il peut ainsi entraîner une faiblesse musculaire et la perte de sensation dans les jambes et/ou les bras qui s'aggrave généralement en quelques jours à quelques semaines, puis revient lentement à la normale de manière spontanée.

CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS SPÉCIFIQUES AU VACCIN : INFLUENZA INTRANASAL (FLUMIST)

CONTRE-INDICATIONS

- Anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique. L'anaphylaxie aux œufs n'est plus considérée comme une contre-indication.
- État d'immunodépression
- Grossesse
- Asthme grave (ex. : sous glucocorticothérapie orale) ou respiration sifflante active (ayant nécessité une intervention médicale au cours des 7 jours précédant la vaccination).
- Prise d'acide acétylsalicylique (aspirine) ou d'un médicament qui en contient chez une personne âgée de moins de 18 ans, en raison de l'association entre le syndrome de Reye et l'infection par un virus de l'influenza de type sauvage lors de la prise d'aspirine.

PRÉCAUTIONS

- Présence de sécrétions nasales importantes : administrer un vaccin injectable ou attendre la fin du symptôme pour administrer le vaccin intranasal
- Personnes en contact avec des personnes très gravement immunodéprimées (ex. : receveur de greffe de cellules souches hématopoïétiques) requérant un isolement dans un milieu protégé : utiliser le vaccin injectable
- Personnes âgées de moins de 18 ans : indiquer à ces personnes de ne pas utiliser de médicament contenant de l'acide acétylsalicylique dans les 4 semaines suivant la vaccination en raison du risque théorique de syndrome de Reye
- Antécédents de SOR avec symptômes respiratoires graves : évaluer les risques et les bénéfices de la vaccination
- Antécédents de SGB dans les 6 semaines suivant un vaccin influenza : éviter de redonner le vaccin

*SOR : Syndrome occulo-respiratoire

*SGB : Syndrome Guillain-Barré

ÉVALUATION ET DOCUMENTATION AU DOSSIER

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS 1 À 8 – N'HÉSITÉS PAS À DEMANDER PLUS D'INFORMATIONS		
LA PERSONNE À VACCINER, SVP inscrire votre courriel : _____	OUI	NON
1. Faites-vous de la fièvre actuellement?		
2. Avez-vous une allergie grave? <input type="checkbox"/> Thimérosal <input type="checkbox"/> Gentamicine <input type="checkbox"/> Polymyxine B <input type="checkbox"/> Néomycine <input type="checkbox"/> Kanamycine		
3. Avez-vous déjà fait une réaction allergique <u>grave</u> (anaphylaxie) après avoir reçu le vaccin contre la grippe ou un autre vaccin?		
4. Avez-vous déjà présenté des symptômes respiratoires graves (difficulté à respirer, respiration sifflante, douleur thoracique) ou avez-vous déjà eu une paralysie (Syndrome du Guillain et Barré) après avoir reçu un vaccin contre la grippe?		
5. Enfant de moins de 9 ans : A-t-il déjà reçu dans sa vie un vaccin contre la grippe?		
6. Enfant de moins de 9 ans : A-t-il reçu cette année une première dose de vaccin contre la grippe?		
7. Consentement (selon le Protocole d'Immunisation du Québec) : J'ai été informé des avantages de recevoir le vaccin contre la grippe (Influenza) et des manifestations indésirables possibles qui peuvent survenir après la vaccination et je consens à être vacciné.		
8. Si clientèle hébergée, voir consentement à long terme au dossier.		
SECTION À COMPLÉTER SI LA PERSONNE À VACCINER EST ÂGÉE DE 2 À 17 ANS (si vaccin Flumist Quadrivalent)		
9. Êtes-vous immunosupprimé ou en contact avec des personnes immunosupprimées?		
10. Êtes-vous asthmatique sévère et sous traitement de glucocorticothérapie oral depuis les 7 derniers jours?		
11. Prenez-vous de l'Aspirin ^{MD} (acide acétylsalicylique) ou un médicament quelconque qui en contient?		
12. Êtes-vous enceinte actuellement?		
13. Avez-vous des sécrétions nasales importantes?		
ÉVALUATION		
Vaccination contre la grippe indiquée : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON, raison(s) : _____		
Signature de l'évaluateur : <u>Solange Boucher</u> Date : <u>2020-12-02</u> Heure : <u>10h20</u> année - mois - jour		

Si OUI, contre-indication relative selon l'évaluation des avantages et inconvénients

Si OUI, nécessite évaluation médicale

Si NON, prévoir une 2^{ème} dose du vaccin antigrippal dans 4 semaines

Si OUI, nécessite évaluation médicale

Si OUI, opter pour un vaccin injectable IM

NE SONT PAS DES CONTRE-INDICATIONS NI DES PRÉCAUTIONS

- Les réactions locales importantes à une dose antérieure de vaccin, par exemple œdème de tout le membre à la suite de l'administration d'une dose antérieure du vaccin DCaT-HB-VPI-Hib ou du vaccin DCaT-VPI-Hib.
- Une infection bénigne sans fièvre, comme le rhume, ou une diarrhée bénigne chez une personne par ailleurs en bonne santé.
- Un traitement aux antibiotiques ou une maladie en phase de convalescence.
- La prématurité.
- Un contact avec une femme enceinte ou allaitante.
- Une histoire de contact récent avec un cas de maladie infectieuse.
- L'allaitement
- Une histoire d'allergie non spécifique chez la personne à vacciner ou d'allergie dans la famille.

NE SONT PAS DES CONTRE-INDICATIONS NI DES PRÉCAUTIONS (suite)

- Une histoire d'allergie aux antibiotiques contenus dans le produit, sauf s'il s'agit d'une réaction allergique de type anaphylactique.
- Une histoire d'allergie au poulet ou aux plumes de poulet.
- Une histoire familiale de convulsions liées à la vaccination.
- Une histoire familiale de syndrome de mort subite du nourrisson.
- Une histoire familiale de réactions défavorables à la vaccination sans relation avec une immunodépression.
- L'administration concomitante d'injections de désensibilisation.
- L'administration d'un vaccin inactivé aux personnes atteintes d'immunodépression.
- Une sclérose en plaques ou toute autre maladie auto-immune (en l'absence de traitements immunodépresseurs).
- Des pathologies neurologiques évolutives.

NE SONT PAS DES CONTRE-INDICATIONS NI DES PRÉCAUTIONS (suite)

- Des épisodes d'hypotonie et d'hyporéactivité.
- Des convulsions non fébriles et des encéphalopathies liées dans le temps à l'administration d'un vaccin comprenant le composant de la coqueluche.
- Des convulsions fébriles.
- Des pleurs incessants et des cris aigus, qui persistent 3 heures ou plus, survenant dans les 48 heures après la vaccination.
- L'intolérance au lactose. L'intolérance au lactose est due à un déficit en lactase dans l'intestin et peut causer des troubles digestifs. La quantité de lactose servant de stabilisant dans certains vaccins est extrêmement faible et ne cause aucun problème.
- L'allergie au lait et l'allergie aux protéines bovines.
- Une tomographie par émission de positons, dénommée TEP scan.

Indications vaccination gratuite contre l'influenza et le pneumocoque

Cette fiche mentionne les indications de vaccination gratuite, soutenues financièrement par le MSSS.

Pour plus de détails, voir la section Calendriers de vaccination, Autres vaccins recommandés et la section Vaccins, Pneumocoque, Tableau synthèse des vaccins contre le pneumocoque dans le PIQ.

	POPULATIONS / CONDITIONS	GRIFFE INDIQUÉ ET GRATUIT		PNEUMOCOQUE INDIQUÉ ET GRATUIT		
				PNEU-C < 18 ANS	PNEU-C ≥ 18 ANS	PNEU-P ≥ 2 ANS
CONDITIONS MÉDICALES OU CONDITIONS DE VIE	Femmes enceintes, en bonne santé au 2 ^e ou au 3 ^e trimestre de la grossesse (13 semaines et plus)	Oui	Non			
	Personnes âgées de 6 mois à 74 ans, incluant les femmes enceintes (quel que soit le stade de la grossesse), présentant l'une des conditions énumérées ci-dessous :					
	Asplénie anatomique ou fonctionnelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Conditions amenant une immunodépression (ex. : déficit immunitaire, leucémie, traitement immunodépresseur, greffe d'organe ou de moelle osseuse, cancer, infection par le VIH)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Insuffisance rénale chronique ou syndrome néphrotique	Oui	Oui	Non	Oui	
	Maladie cardiaque ou pulmonaire chronique assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers	Oui	Oui	Non	Oui	
	Asthme assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers, chez les personnes âgées de 50 ans et plus	Oui	Non	Non	Oui	
	Asthme assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers, chez les personnes âgées de moins de 50 ans	Oui	Non			
	Conditions entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration (ex.: trouble cognitif, lésion médullaire, trouble convulsif, troubles neuromusculaires)	Oui	Oui	Non	Oui	
	Diabète	Oui	Oui	Non	Oui	
	Maladie hépatique chronique	Oui	Oui	Non	Oui	
	Écoulement chronique de liquide céphalorachidien	Non	Oui	Non	Oui	
	Itinérance et/ou utilisation actuelle et régulière de drogues dures (par inhalation ou injection) avec une détérioration de l'état de santé ou des conditions de vie précaires	Non	Oui	Non	Oui	
	Présence d'un implant cochléaire	Non	Oui	Non	Oui	
	Anémie (sauf si anémie falciforme ou autre hémoglobinopathie – voir asplénie)	Oui	Non			
	Hémophilie	Oui	Non			
Erreur innée du métabolisme (ex: tyrosinémie héréditaire de type I)	Oui	Non				
Obésité importante (IMC ≥ 40)	Oui	Non				
Traitement prolongé à l'acide acétylsalicyllique (Pour les jeunes âgés de moins de 18 ans)	Oui	Non				
ÂGE OU MILIEU DE VIE	Résidents des centres d'hébergement, des établissements de soins de longue durée ou des ressources intermédiaires	Oui	-			
	Enfants âgés de 2 à 59 mois	Non	Oui	-	Non	
	Personnes en bonne santé âgées de 65 à 74 ans	Non	-	Non	Oui	
	Personnes âgées de 75 ans et plus	Oui	-	Non	Oui	
CONTACTS	Travailleurs de la santé	Oui	Non			
	Personnes qui vivent sous le même toit et aidants naturels des personnes faisant partie des groupes à risque, incluant l'entourage des enfants âgés de moins de 6 mois	Oui	Non			


* Seulement si aucune dose n'a été reçue après l'âge de 65 ans.

SOURCE : Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination

Indications vaccination gratuite contre l'influenza et le pneumocoque

- Advenant le cas où l'utilisateur est aussi éligible à la vaccination gratuite contre le pneumocoque, veuillez compléter le formulaire de vaccination général :
« Vaccination – Fiche vaccinale » 66-500-161

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p>			<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>ÂGE : _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>N.A.M. : _____ EXP : ____/____/____</p> <p>ID SI-PMI : _____</p>		
<p>VACCINATION FICHE VACCINALE</p>					
<p>LIEU DE DISPENSATION DE SERVICE (LDS) :</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de services ambulatoires de Laval <input type="checkbox"/> CLSC : _____ <input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé</p> <p><input type="checkbox"/> Centre d'hébergement : _____ <input type="checkbox"/> École : _____ <input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval <input type="checkbox"/> Établissement de détention Leclerc de Laval <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de réadaptation DI-TED <input type="checkbox"/> GMF-U / CISSS de Laval : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse</p>					
<p>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX</p>			<p>OUI NON</p>		
<p>Êtes-vous suivi de façon régulière par un médecin pour un problème de santé quelconque?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Observez-vous actuellement un changement de votre état général (ex. : fièvre)?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave (de type anaphylactique) nécessitant immédiatement des soins médicaux?</p> <p>Médicaments : _____ Vaccin : _____ Réaction : _____</p> <p>(Antibiotique) (Grippe ou autre)</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Êtes-vous immunosupprimé (maladie ou médicament qui diminue les défenses de l'organisme)?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>VACCINS VIVANTS SEULEMENT N/A <input type="checkbox"/></p>					
<p>Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou injection d'immunoglobuline au cours des 11 derniers mois?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Avez-vous reçu un vaccin vivant (RRO, RRO-Var, Var) dans les 4 dernières semaines?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Êtes-vous enceinte actuellement?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>VACCINATION 0-3 ANS SEULEMENT N/A <input type="checkbox"/></p>					
<p>Enfant de < 6 mois : Est-ce que la mère a pris pendant sa grossesse un agent biologique (ex : Enbrel^{MD}, Rémicade^{MD}, Humira^{MD}) pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus, psoriasis)?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Poids naissance < 1500 g ou prématurité de < 32 semaines de grossesse? (pour vaccin pneumocoque conjugué 4^e dose)</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>Est-ce que votre enfant a des antécédents d'invagination intestinale (ou intussusception)?</p>			<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		
<p>PREUVE D'IMMUNITÉ : <input type="checkbox"/> Attestation médicale <input type="checkbox"/> Confirmation par labo, précisez : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Varicelle : histoire de maladie, si oui, à quel âge? _____</p>					
<p><input type="checkbox"/> REFUS de l'utilisateur, parent ou représentant légal. Spécifiez : _____</p>					
<p>SANTÉ SCOLAIRE : <input type="checkbox"/> Absent en date du : _____ <input type="checkbox"/> Pas de carnet Vaccination nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>					
<p>Signature de l'infirmière : _____ Date : ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">année / mois / jour</p>			<p>No Permis : <input type="text"/></p>		
<p>⁽¹⁾ LECTURE TCT : Date : ____/____/____ Heure : _____ Réaction (en mm) : _____</p> <p style="text-align: right;">année / mois / jour</p>			<p>No Permis : <input type="text"/></p>		
<p>Signature de l'infirmière : _____</p>			<p>No Permis : <input type="text"/></p>		

3. Administration du vaccin



PRÉPARATION DU VACCIN

S'assurer de la vérification des 8 bons ainsi que de la date de péremption avant d'administrer le vaccin.

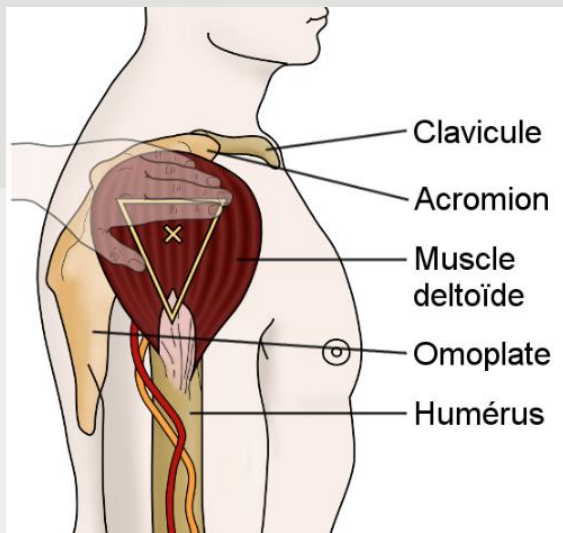
Seringue préremplie

- Dans le cas où une bulle d'air est présente, il est recommandé de placer la bulle près du piston avant l'injection (tapoter légèrement le corps de la seringue, l'aiguille vers le bas pour que la bulle remonte jusqu'au piston).
- De façon générale, la bulle d'air contenue dans la seringue permet de s'assurer que l'intégralité du contenu de la dose sera injectée.

Fioles multidoses

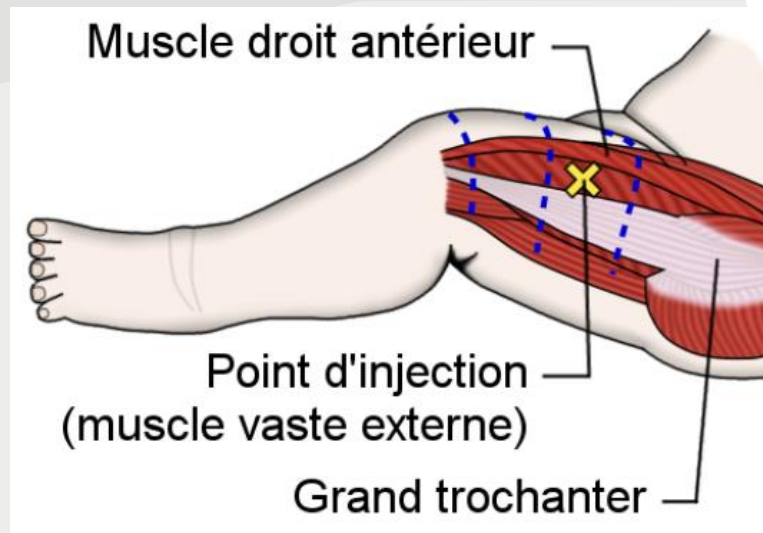
- Au cours d'une séance de vaccination, on peut prélever la quantité restante d'une fiole multidose et compléter la dose requise avec une autre fiole si les conditions suivantes sont respectées :
 - Un agent de conservation est inclus dans le produit.
 - La date de péremption n'est pas dépassée.
 - Les fioles sont conservées entre 2 et 8 °C entre les prélèvements.
 - Les mesures d'asepsie sont rigoureusement respectées.
 - Les fioles ont le même numéro de lot.

SITES DE CHOIX D'INJECTION IM



Deltoïde

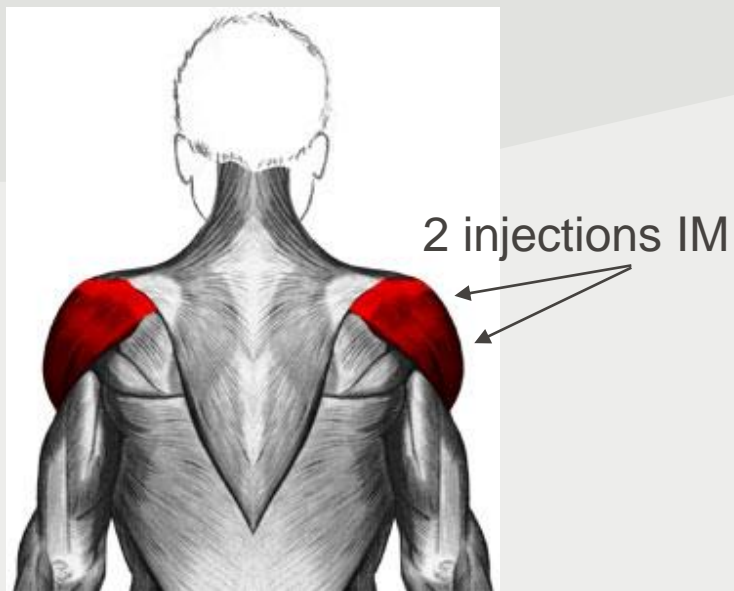
≥ 12 mois



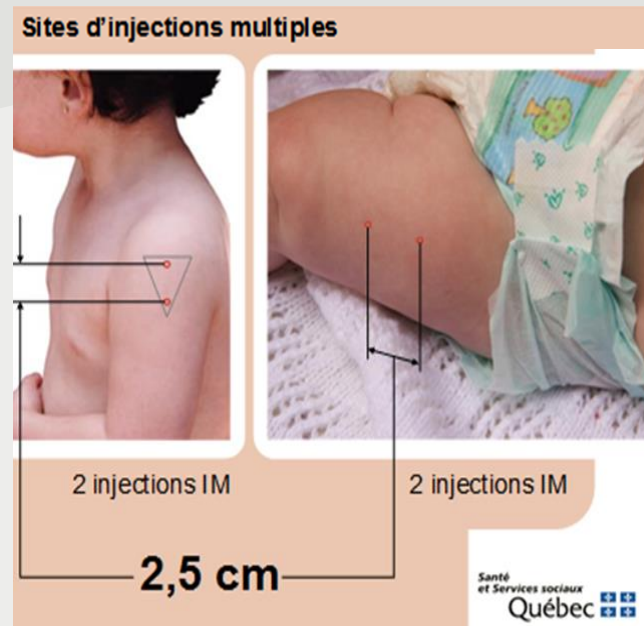
Vaste externe

< 12 mois

ADMINISTRATION DE 2 VACCINS DANS UN SEUL MEMBRE



Adulte



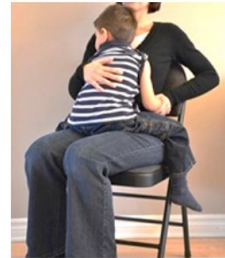
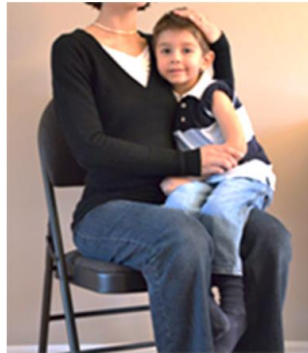
Enfant

Distance séparant les injections = au moins 2,5 cm (1 po)

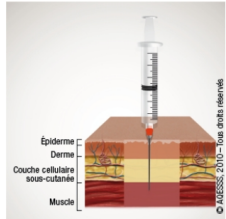
POSITIONNEMENT DE L'ENFANT POUR UNE INJECTION DANS LE VASTE EXTERNE OU DELTOÏDE



Tiré du PIQ, chapitre Administration des produits immunisants
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/positionnement-de-l-enfant/>



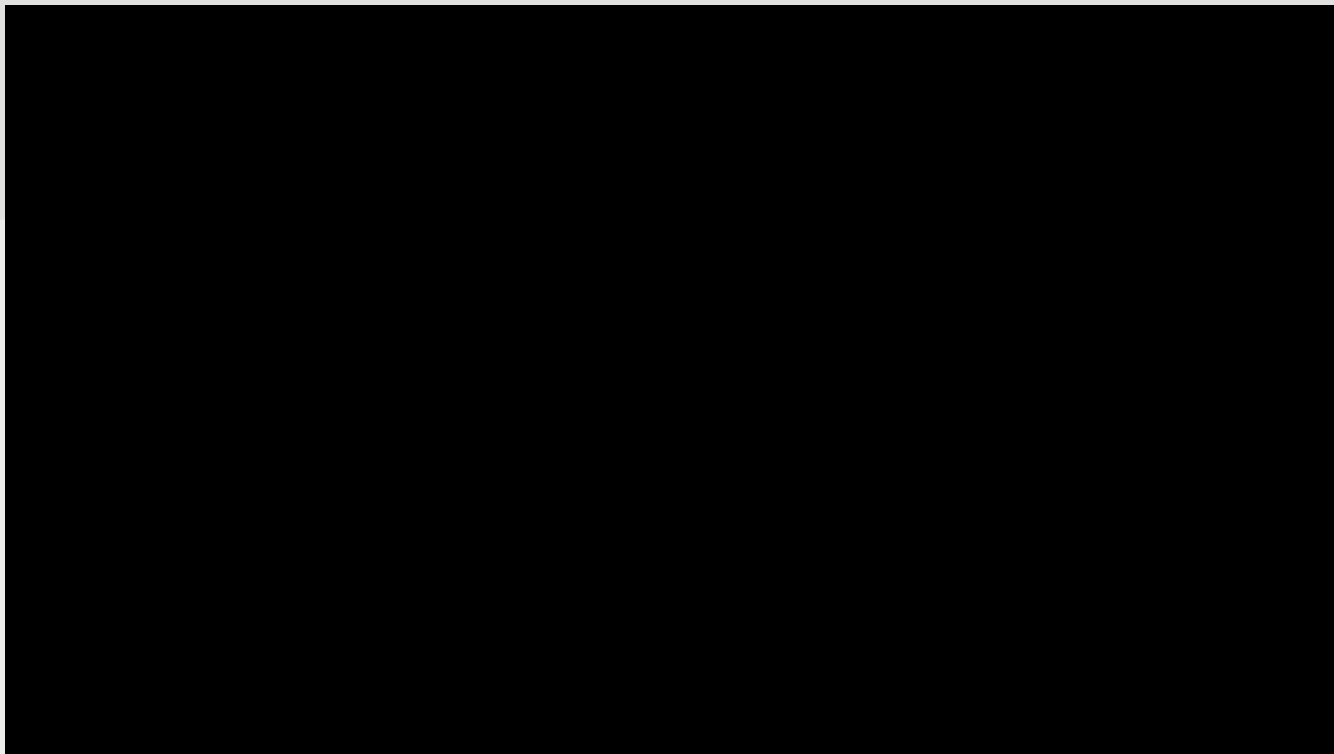
TECHNIQUE ADMINISTRATION IM

Âge	Site d'injection	Aiguille	Procédure	
< 12 mois	Muscle vaste externe	Calibre 25 ≥ 2,2 cm (7/8 po)	 <p>Angle d'insertion de 90°</p> <p>Adapté de CESS, <i>Méthodes de soins informatisées</i></p>	Utiliser une aiguille assez longue pour pénétrer dans le muscle.
	Muscle fessier antérieur			Tendre fermement la peau entre l'index et le pouce.
≥ 12 mois et adulte	Muscle deltoïde	Calibre 25 ≥ 2,5 cm (1-1 ½ po)	Référez-vous à la procédure de < 12 mois .	Enfoncer l'aiguille d'un mouvement sûr et rapide.
	Muscle vaste externe			Ne pas aspirer. Injecter rapidement le produit.

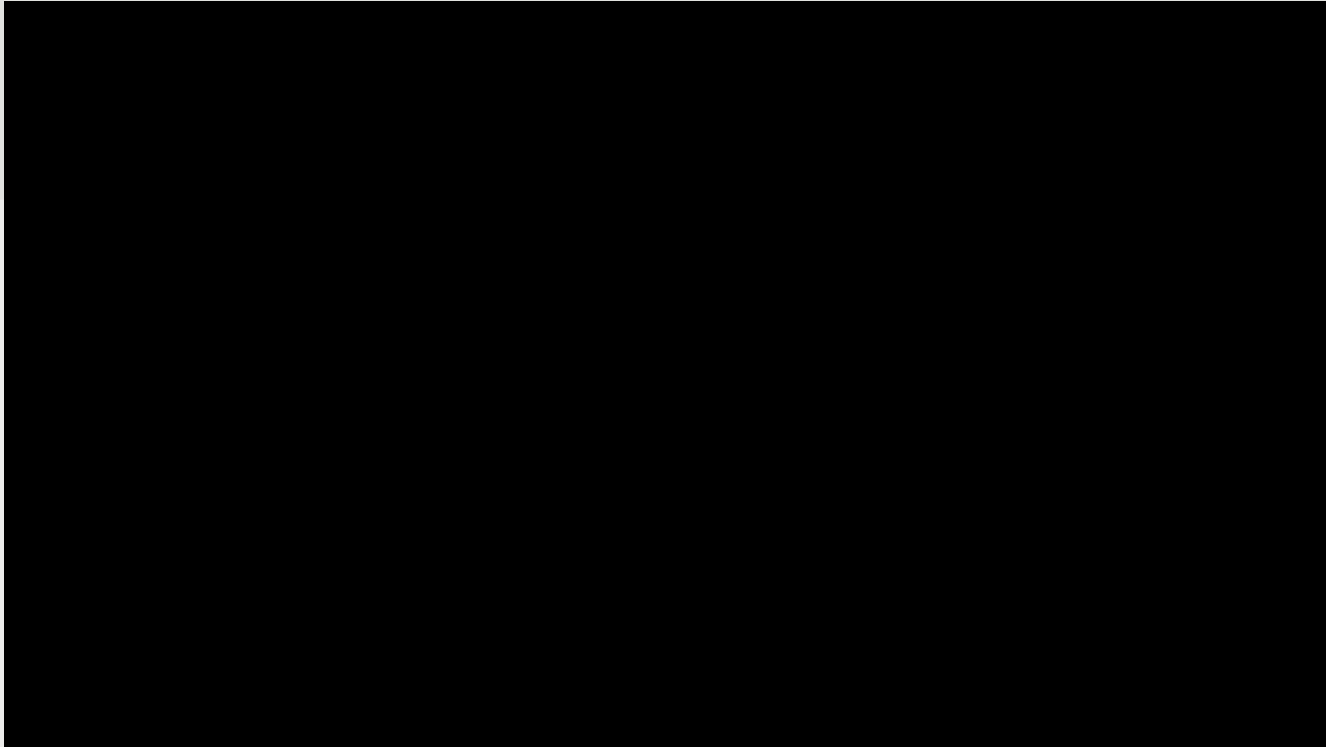
Tiré du PIQ, chapitre Administration des produits immunisants

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/techniques-d-administration/>

VIDÉO : TECHNIQUE ADMINISTRATION IM – DELTOÏDE

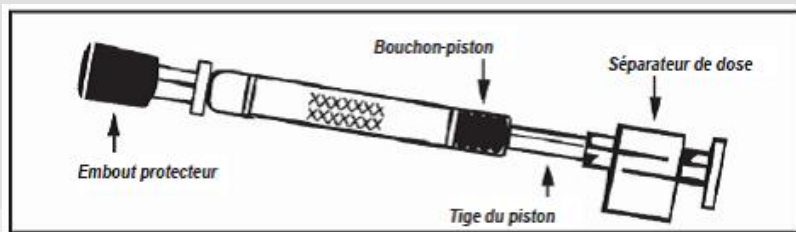


VIDÉO : TECHNIQUE ADMINISTRATION IM – VASTE EXTERNE



TECHNIQUE ADMINISTRATION INTRANASALE (Flumist Quadrivalent)

Site d'administration : Muqueuse nasale



Source : ASTRAZENECA, Monographie : Flumist Quadrivalent : Vaccin antigrippal (vivant, atténué), p.17 Ce lien s'ouvre dans une nouvelle fenêtre..

Procédure:

- Ne pas injecter
- Enlever l'embout protecteur en caoutchouc synthétique.
- Demander à la personne de se tenir droite, en position assise.
- Introduire l'extrémité du vaporisateur à l'intérieur de la narine.
- Pousser rapidement sur le piston dans un mouvement continu jusqu'à ce que le séparateur de dose bloque le piston.
- Retirer le dispositif de la narine de la personne. Ensuite, pincer le séparateur de dose et le retirer du piston.
- Vaporiser le reste du vaccin dans l'autre narine.

À retenir :

- Une inhalation active ou un reniflement n'est pas requis durant l'administration.
- Même si la personne vaccinée éternue immédiatement après, il n'est pas recommandé de reprendre la dose.

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____
ÂGE : _____
NOM À LA NAISSANCE : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ SEXE : F M
N.A.M. : _____ EXP : ____ / ____
ID SI-PMI : _____

VACCINATION
CONTRE LA GRIPPE

VACCINS INJECTABLES

SITE D'INJECTION IM

- Fluzone^{MD} HD**
Réservé aux résidents de CHSLD et RI-SAPA âgés de 65 ans et plus
- Flulaval^{MD} Tetra**
- Fluzone^{MD} Quadrivalent**
- _____

- 1^{re} dose*** 0,5 mL intramusculaire (IM)
- Carton de rappel remis pour la 2^e dose*
- 2^e dose** 0,5 mL intramusculaire (IM)

*Chez les moins de 9 ans qui n'ont jamais reçu de vaccin contre la grippe, administrer 2 doses à 4 semaines d'intervalle

- Bras droit (B.D.)**
- Bras gauche (B.G.)**
- Cuisse droite (C.D.)**
- Cuisse gauche (C.G.)**

VACCIN INTRANASAL

- Flumist^{MD} Quadrivalent**
Réservé aux enfants âgés de 2 à 17 ans : Atteints de maladies chroniques ou contacts domiciliaires de personnes à risque élevé

- 1^{re} dose*** 0,2 mL (0,1 mL dans chaque narine)
- Carton de rappel remis pour la 2^e dose*
- 2^e dose** 0,2 mL (0,1 mL dans chaque narine)

*Chez les moins de 9 ans qui n'ont jamais reçu de vaccin contre la grippe, administrer 2 doses à 4 semaines d'intervalle.

No de lot : Eppirg7102 Date de péremption : 2022-04

- Bris de la chaîne de froid (BCF) : écrire lot BCF dans le champ « Commentaires » de SI-PMI (registre de vaccination).
- Les informations relatives aux vaccins administrés, incluant les effets secondaires possibles, ont été expliquées à l'utilisateur.
- Une période d'attente de 15 minutes post-administration du vaccin a été recommandée à l'utilisateur.

Signature du vaccinateur : Solange Boucher Date : 2020-12-02 Heure : 10h20

année - mois - jour

No permis : 881865



4. Manifestations cliniques potentielles

POST VACCINATION

- Surveiller les réactions secondaires immédiates et aviser la personne qu'elle doit demeurer sur place **au moins 15 minutes après l'injection.**
- Inscrire les renseignements nécessaires dans le carnet, sur le formulaire ainsi que dans le registre de vaccination

Recommandations générales lors de manifestations cliniques postvaccinales

Symptômes chez la personne vaccinée

Recommandations générales

Réaction locale telle que rougeur, chaleur, gonflement et sensibilité

Appliquer, s'il y a lieu, une compresse humide froide à l'endroit où l'injection a été faite

Fièvre, malaises

Prendre un médicament contre la fièvre ou les malaises au besoin

Irritabilité, changements dans l'appétit et le sommeil, nausées, vomissements, diarrhée, éruptions ou autres symptômes

Observer et donner les soins de base
Consulter son médecin selon la gravité des symptômes

RÉACTIONS POST-VACCINALES

Fréquence	Réactions locales	Réactions systémiques
Dans la majorité des cas (50 % ou plus)	Douleur	—
Très souvent (10 à 49 %)	Érythème Œdème	Myalgie Céphalée Fatigue Douleur articulaire Perte d'appétit, irritabilité, somnolence ⁽¹⁾
Souvent (1 à 9 %)	Ecchymose Prurit	Fièvre, frissons ou malaise ⁽²⁾ Nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales Rougeur oculaire, mal de gorge, toux, gêne respiratoire ⁽³⁾
Parfois (1 à 9 sur 1 000)	—	Œdème facial ⁽³⁾ Étourdissements Éruption ou urticaire Lymphadénopathie ⁽⁴⁾
Rarement (1 à 9 sur 10 000)	—	Convulsions Paresthésie Névralgie
Très rarement (1 à 9 sur 100 000)	—	Réaction allergique de type anaphylactique

**Bénignes
et transitoires**

****Ne pas déclarer**

**Manifestations
cliniques inhabituelles**

****À déclarer**

RÉACTION VASOVAGALE VS RÉACTION ANAPHYLACTIQUE

	Réaction vasovagale	Réaction anaphylactique
Temps	Avant, pendant, après	Début soudain, progression rapide (moins de 30 min après injection)
État de conscience	Sensation de perte de conscience, étourdissement, perte de conscience	Anxiété et perte de conscience
Respiration	↓ ralentie, apnée de quelques secondes dans certains cas	↑ tachypnée, voix rauque, difficulté respiratoire, toux, dyspnée, tirage, wheezing, stridor
Circulatoire	Pouls ↓ et faible mais régulier (bradycardie) Hypotension	Pouls ↑, filant (tachycardie) Hypotension, Choc
Dermatologique	Diaphorèse, peau froide, teint pâle	Urticaire, érythème, angio-oedème (visage, bouche), prurit, rash, rougeur et démangeaison des yeux
Digestif	Nausées , vomissements	Vomissements, diarrhée, douleur abdominale
Traitement	Coucher sur le dos, jambes soulevées, serviette humide	Protocole épinéphrine Observation 12 heures

Atteinte d'au moins 2 systèmes

RÉACTION ANAPHYLAXIQUE

N.B. :

L'Ordonnance collective OC-037 « *Administration d'épinéphrine (Adrénaline^{MD}) lors d'une réaction anaphylactique* » vous permet d'installer un cathéter IV court intermittent en attendant la prise en charge, si possible et disponible dans votre installation au CISSS de Laval

Protocole de traitement d'anaphylaxie en milieu non hospitalier

Septembre 2018

MESURES D'URGENCES

- 1 Sans tarder, administrer par voie intramusculaire (IM) 0,01 ml/kg (maximum 0,5 ml) d'adrénaline 1:1 000, dans un autre site que celui où les vaccins ont été administrés ou à 2,5 cm du point d'injection d'un vaccin. Cette dose peut être répétée à un autre site d'injection, toutes les 5 à 15 minutes selon l'état clinique, s'il n'y a pas d'amélioration des signes vitaux.
En milieu hospitalier : Lancer le code et aviser le md
En milieu non hospitalier : Appeler 911
- 2 Demander de l'aide.
- 3 Coucher la personne sur le dos les jambes surélevées.
- 4 Surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls, respiration) et commencer la réanimation cardiorespiratoire au besoin.
- 5 Transférer la personne le plus rapidement possible à l'hôpital. Un travailleur de la santé apte à poursuivre le traitement et les manœuvres de réanimation (ex. : technicien ambulancier, infirmière) doit accompagner la personne.

ADMINISTRATION D'ADRÉNALINE 1:1000

ÂGE	POSOLOGIE	VOIE D'ADMINISTRATION ⁽¹⁾⁽²⁾
2 à 6 mois	0,07 ml	IM
7 à 17 mois	0,1 ml	IM
18 mois à 4 ans	0,15 ml	IM
5 ans	0,2 ml	IM
6 à 9 ans	0,3 ml	IM
10 à 13 ans	0,4 ml	IM
≥ 14 ans	0,5 ml	IM

⁽¹⁾ Préférer la voie IM en raison de la diffusion plus rapide de l'adrénaline.

⁽²⁾ Administrer l'adrénaline dans un autre site que celui où les vaccins ont été administrés ou à 2,5 cm du point d'injection d'un vaccin. On doit éviter le muscle dorsofessier étant donné le risque de mauvaise absorption. Lorsque l'adrénaline est administrée dans le muscle vaste externe de la cuisse, elle atteint plus rapidement des niveaux plasmatiques plus élevés que lorsqu'elle est administrée dans le muscle deltoïde.

Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002169/>

RÉACTIONS POST-VACCINALES

RÉACTIONS POST-VACCINALES IMMÉDIATES (obligatoire)

Description et interventions :

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

Signature et titre : Solange Boucher Date : 2020-12-02 Heure : 10h20
année - mois - jour

68-000-739
Date : 2020-10-06
DOSSIER MÉDICAL

VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

2 de 2

MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES

**À DÉCLARER

Formulaire
AH-728 DT9434
(rév. 2019-06)

Tout médecin ou infirmière a l'obligation de signaler à la DSPub les manifestations :


- Inhabituelles ou graves (donc non attendues après la vaccination ou attendues mais rares)
- Temporellement associées à une vaccination
- Si le vaccinateur soupçonne un lien entre le vaccin et cette manifestation clinique inhabituelle.

Disponible à

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/458ccd44026257e5852581c9005ee220?OpenDocument>

Effacer Imprimer Enregistrer

Santé et Services sociaux
Québec



DT9434

N° d'assurance maladie

Date de naissance

Date de vaccination

Nom du patient

Adresse

Centre de santé

DECLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES APRES UNE VACCINATION

Acheminer à la DSPublique de votre région

Date de vaccination	Année	Mois	Jour	À l'usage de la DSPublique	N° d'usage SI-PMI	N° d'id de la MCI SI-PMI	NL d'IMPACT

CONSIGNES POUR REMPLIR LE RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI)

- 1- Signaler uniquement les manifestations cliniques survenues après l'administration d'un vaccin et qui ne peuvent être clairement attribuées à une ou des conditions coexistantes et leur compte des définitions proposées. Il n'est pas nécessaire d'établir une relation de cause à effet entre l'immunisation et les manifestations cliniques. La soumission d'un rapport ne met pas nécessairement en cause le vaccin.
- 2- Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin.
- 3- Inscrire l'intervalle entre la vaccination et l'apparition de chacune des manifestations cliniques de même que leur durée (en minutes, heures ou jours).
- 4- Fournir au besoin tous les renseignements pertinents dans la section RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, notamment : diagnostic du médecin, résultats des tests diagnostiques ou de laboratoire, traitement à l'hôpital et diagnostic au moment du dossier lorsque la personne vaccinée a été hospitalisée à cause des manifestations cliniques rapportées. Si on le juge indiqué, des photocopies des dossiers originaux peuvent être soumises.
- 5- Fournir des renseignements pertinents sur les antécédents médicaux qui se rapportent aux manifestations cliniques signalées, par exemple : antécédents d'allergie, épisodes antérieurs ou maladies concomitantes.
- 6- Inscrire tous les vaccins administrés lors de la séance de vaccination même s'il s'agit d'une réaction locale.

1. VACCINS							
Vaccin(x) administré(x)	Dose (1 ^{re} , 2 ^e , 3 ^e , etc.)	Site	Voie	Quantité	Fabricant	Numéro de lot	

2. MCI ANTÉRIEURES

Des MCI sont-elles survenues après l'administration de doses précédentes de l'un des produits immunisants indiqués ci-dessus (section 1)? (cocher une seule réponse)

Non Oui (préciser à la section 8) Inconnu Ne s'applique pas (aucune dose antérieure)

3. ERREURS D'IMMUNISATION

Ces MCI sont-elles survenues à la suite d'une erreur d'immunisation? Non Inconnu Oui (si Oui, cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 8)

Vaccin donné en dehors des limites d'âge recommandées Produit périmé Mauvais vaccin administré

Mauvaise voie d'administration Dose dépassait celle recommandée pour l'âge

Autre, préciser :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux (jusqu'à l'apparition des MCI) (cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 8)

Médicament(s) pris en concomitance Problèmes de santé/allergies connus Maladie/infection signalé Inconnu

Information non disponible Enceinte au moment de l'immunisation (inscrire dans les commentaires le nombre de semaines de gestation)

AH-728 DT9434 (rév. 2019-06)

DECLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES APRES UNE VACCINATION

Dossier de l'usager
 Direction santé publique

5. Conservation et entreposage des vaccins



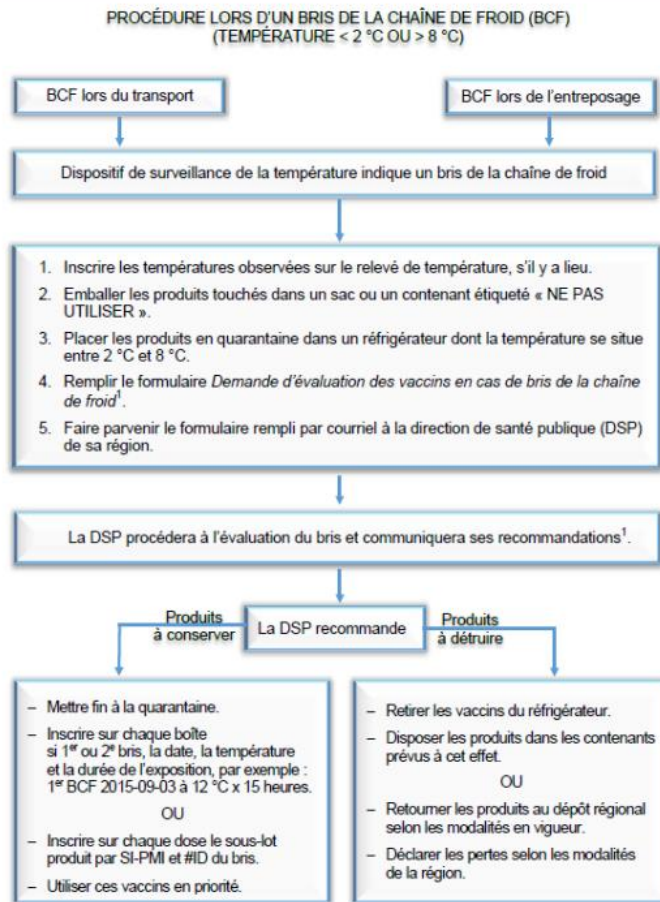
ENTREPOSAGE DES VACCINS

- ✓ Température entre 2 et 8 °C
- ✓ Lire la température 2 fois par jour et l'inscrire sur le relevé
- ✓ Dispositif de surveillance de la température (actuelle, minimale et maximale)
- ✓ Réserver le réfrigérateur à l'entreposage des produits pharmaceutiques.
- ✓ Conserver les vaccins dans leur emballage d'origine, pour les protéger de la lumière.



BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID

- ✓ Si les vaccins sont exposés à une température en-dessous de 2°C ou au-dessus de 8°C.
- ✓ Une demande d'évaluation des vaccins ayant subi un bris de la chaîne de froid doit être remplie et acheminée à la DSPublique, lorsqu'une température hors norme est relevée.
- ✓ La DSPublique est responsable d'évaluer s'il faut conserver ou détruire les vaccins après un bris de la chaîne de froid.



1. Pour les utilisateurs de l'application SI-PMI, veuillez vous référer aux modalités régionales.

6. Particularités en contexte de pandémie COVID-19



COVID-19 PARTICULARITÉS DE LA VACCINATION

- Nettoyer et désinfecter les postes de vaccination entre les usagers (par exemple avec des lingettes)
- Il est suggéré que l'infirmière complète elle-même le questionnaire plutôt que l'utilisateur pour réduire le partage de matériel. Si ce n'est pas possible, il faudra procéder à la désinfection de ce matériel (ex. le crayon)
- Assurer l'hygiène des mains avant et après la vaccination de chaque usager
- Les vaccinateurs ainsi que l'ensemble du personnel et des bénévoles en contact avec les usagers ou avec d'autres collègues qui ne sont pas en mesure de maintenir une distance physique de 2 mètres doivent porter un **masque de type médical** et une **protection oculaire en tout temps (lunette ou visière)**.
 - Idéalement les protections oculaires devraient être à usage unique (Direction de la santé publique). Si ce n'est pas le cas, il faut s'assurer d'utiliser un produit approuvé pour un usage hospitalier, reconnu efficace (virucide pour le coronavirus) et homologué (numéro d'identification d'une drogue) par Santé Canada. **Pour plus de détails, consultez la procédure ainsi que la vidéo aux diapositives suivantes.**
- Les vaccinateurs ne sont pas tenus de porter de gants, sauf lorsqu'ils administrent un vaccin intranasal (Flumist) en raison d'une probabilité accrue de contact avec les muqueuses et les liquides organiques d'un usager au cours de ces procédures.
 - Les gants doivent être changés entre les usagers et le vaccinateur doit pratiquer l'hygiène des mains.
 - Aucune précaution relative aux procédures génératrices d'aérosols n'est nécessaire pour l'administration d'un vaccin intranasal.

Dans un contexte de pénurie, la réutilisation de la protection oculaire et le port prolongé pourrait être possible en respectant certaines conditions.

UTILISATION

- Le port prolongé est à privilégier plutôt que la réutilisation.
- Il est permis de conserver la protection oculaire pour prodiguer des soins à plusieurs usagers.
- Lors du port prolongé de la protection oculaire, celle-ci doit demeurer en tout temps en place sur le visage (ne doit jamais se retrouver dans le cou, sur la tête, etc.).
- **Ne pas toucher la protection oculaire lors du port. Si contact accidentel avec celle-ci, procéder à l'hygiène des mains.**
Les lunettes d'ordonnance n'assurent pas une protection oculaire adéquate.

RÉUTILISATION

- La visière avec une pièce en mousse au front doit être attirée à un travailleur de la santé pour son usage exclusif.
- Les lunettes de protection pourraient être utilisées par plus d'un travailleur de la santé mais doivent être désinfectées avant la réutilisation et déposer dans un contenant propre entre les utilisations.
- Si l'équipement est attiré à un travailleur de la santé, ce dernier est responsable de la désinfection et de l'intégrité de son équipement de protection individuelle.

MAINTIEN DE L'INTÉGRITÉ

- Procéder à une évaluation de l'intégrité de l'équipement avant chaque utilisation.
- **Ne pas réutiliser la protection oculaire si :**
 - elle est brisée ou égratignée ;
 - la vision est diminuée (au besoin, après la désinfection et le temps de contact, la protection oculaire peut être rincée ou essuyée avec un linge doux) ;
 - l'ajustement au visage est irréalisable.

NETTOYAGE ET DÉSINFECTION

- La protection oculaire doit obligatoirement être désinfectée si souillée et lors de la sortie de l'unité à la fin du quart de travail.
- Porter des gants propres pour effectuer le nettoyage et la désinfection de la protection oculaire.
- La protection oculaire doit être nettoyée et désinfectée avec un produit approuvé pour un usage hospitalier qui est efficace contre le coronavirus et homologué par Santé Canada (ex. : lingettes désinfectantes, Ali-flex, etc.).
- Si la visibilité de la protection oculaire est compromise par le produit désinfectant, elle peut être rincée avec de l'eau du robinet ou essuyée avec un linge doux. Assurez-vous que le produit désinfectant utilisé est bien sec avant de faire cette étape.

Étapes à suivre :

- Procéder à l'hygiène des mains avec la solution hydroalcoolique ;
- Déposer un linge propre sur la surface de travail (ex. : lingette désinfectante, lingette sèche, débarbouillette, etc.) ;
- Retirer la protection oculaire, sans toucher à la partie avant et la déposer sur le linge propre ;
- Procéder à l'hygiène des mains avec la solution hydroalcoolique ;
- Mettre une nouvelle paire de gants ;
- Si présence de souillures, procéder à un nettoyage avec eau et détergent (savon) ou avec une lingette désinfectante avant la désinfection ;
- Prendre une autre lingette désinfectante ou un linge imbibé de produit désinfectant et nettoyer rigoureusement chaque partie de la protection oculaire ;
- Retirer les gants ;
- Procéder à l'hygiène des mains avec la solution hydroalcoolique ou avec de l'eau et du savon.

RANGEMENT POUR LA RÉUTILISATION PAR LE MÊME TRAVAILLEUR DE LA SANTÉ

- Si l'utilisation n'est pas en continue, après le nettoyage, déposer la protection oculaire dans un contenant propre non hermétique ou un sac de papier identifié au nom du travailleur.
- La protection oculaire doit être manipulée par les côtés (branches ou la bande élastique) afin de ne pas toucher le devant de celle-ci.

VIDÉO : Procédure de désinfection de la protection oculaire





Merci !

Veillez compléter le questionnaire post-formation au lien suivant pour obtenir vos heures de formations accréditées :

<https://fr.surveymonkey.com/r/DGR3KK8>

OUTILS D'ENCADREMENT AU CISSS DE LAVAL

- ✓ Formulaire 68-000-739 *Vaccination contre la grippe*
- ✓ Formulaire 68-000-741 *Vaccination against flu*
- ✓ Formulaire 68-500-161 *Vaccination – Fiche vaccinale*

- ✓ Règle de soins infirmier RSI-009
Administerer sécuritairement les produits immunisants selon le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*
http://bibliotheques.cissslaval.ca/GED_CL/199455791763/RSi-009-2-admi.pdf

- ✓ Ordonnance collective OC-037 *Administration d'épinéphrine (Adrénaline^{MD}) lors d'une réaction anaphylactique*
[http://bibliotheques.cissslaval.ca/GED_CL/105578092375/oC-037-2_administration_d_ephinephrine_\(adrenaline\)_lors_de_reaction_anaphylactique.pdf](http://bibliotheques.cissslaval.ca/GED_CL/105578092375/oC-037-2_administration_d_ephinephrine_(adrenaline)_lors_de_reaction_anaphylactique.pdf)

OUTILS D'ENCADREMENT AU CISSS DE LAVAL

- ✓ Intranet : Prévention et contrôle des infections
<http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/carrefour-clinique/sante-physique-services-diagnostiques-et-services-transversaux/prevention-et-contrôle-des-infections/>
- ✓ Intranet : Campagne de vaccination contre la grippe 2020-2021
<http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/carrefour-clinique/vaccination-contre-la-grippe/>
- ✓ Intranet : SI-PMI Registre de vaccination
<http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/carrefour-clinique/applications-cliniques/si-pmi-immunisation/>

RÉFÉRENCES

- ✓ PIQ
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/>
- ✓ Fiche indicative concernant la vaccination gratuite contre la grippe et le pneumocoque
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000064/>
- ✓ Information sur les vaccins antigrippaux distribués au Québec – saison 2020-2021
http://cissslaval.intranet.reg13.rtss.qc.ca/fileadmin/intranet/cisss_laval/Espace_employe/Vaccination_contre_la_grippe/Informations_sur_les_vaccins_antigrippaux_distribues_au_Quebec_-_2020-2021.pdf
- ✓ Protocole de traitement d’anaphylaxie hors hôpital
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002169/>
- ✓ Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination
<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/mci/a-propos-des-mci/>