

Vaccination contre la grippe H1N1, la grippe saisonnière et vaccin antipneumococcique - Surveillance et consentement



RÉGION : _____ LIEU DE VACCINATION : _____ DATE : _____

CLIENT : H F N° rend. méd. pers. (9 chiffres) _____

Date de naissance _____ N° imm. Santé Man. (6 chiffres) _____

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____ année/mois/jour _____ Autre _____

Adresse personnelle (app./rue/C.P.) _____ Ville _____ Code postal _____ Numéro de téléphone _____

ANTÉCÉDENTS OU RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Rempli par : CLIENT PARENT DÉCIDEUR OFFICIEL FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ AU NOM DU CLIENT

1. Vous sentez-vous bien aujourd'hui? Oui Non Si vous avez répondu Oui, passez à la question 3.
2. Avez-vous actuellement une fièvre élevée? Oui Non
3. Avez-vous un trouble médical pour lequel vous voyez un médecin régulièrement? Oui Non
4. Prenez-vous des médicaments régulièrement? Oui Non
5. Prenez-vous des médicaments qui ont un effet sur la coagulation du sang? Avez-vous saigné ou eu des bleus récemment?
 Oui Non
6. Avez-vous eu la grippe pandémique H1N1, selon un diagnostic confirmé par un laboratoire? Oui Non
7. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin ou aux composantes du vaccin (voir la feuille de renseignements pertinente), y compris contre la grippe saisonnière? Oui Non
8. Avez-vous une hypersensibilité aux œufs? (éruption, enflure de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer)
 Oui Non
9. Avez-vous d'autres allergies? Oui Non
10. Avez-vous eu le syndrome de Guillain-Barré dans les huit semaines qui ont suivi une vaccination, y compris contre la grippe saisonnière? Oui Non
11. Pourriez-vous être enceinte ou avez-vous l'intention de le devenir dans le mois qui suit? Oui Non
12. Y a-t-il autre chose que l'infirmière devrait savoir avant de décider si vous devriez recevoir le vaccin? Oui Non

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions ou plus, veuillez avertir l'infirmière.

RAISONS DE L'IMMUNISATION CONTRE LA GRIPPE PANDÉMIQUE H1N1 : (Consulter les directives pour l'utilisation du vaccin contre la grippe pandémique H1N1)

*** Veuillez cocher toutes les réponses applicables ***

- Maladie chronique (y compris une maladie du cœur, des poumons ou des reins; diabète, cancer, anémie ou immunodépression; ou les personnes dont la maladie chronique s'est aggravée suite à des infections virales précédentes.)
- Grossesse Origine autochtone (Première nation, Métis, Inuit)
- Autres facteurs de risque (sans-abri, réfugié, immigrant récent, personne vivant dans la pauvreté, etc.)
- Travailleur des services de santé ou des services de secours médical
- Personne ayant des contacts avec des bébés de moins de 6 mois dans son foyer, ou s'en occupant
- Personne ayant des contacts avec des personnes immunodéprimées dans son foyer, ou s'en occupant
- Travailleur de l'infrastructure essentielle
- Personne travaillant directement avec des volailles ou des porcins
- Aucun facteur de risque connu Autre _____

Remarque : les renseignements sur votre immunisation seront saisis dans le système manitobain de contrôle de l'immunisation (MIMS) et utilisés par Santé et Vie saine Manitoba pour créer des dossiers d'immunisation et vérifier la participation, ainsi que l'efficacité du vaccin, et pourrait aussi servir à la recherche. Tous les renseignements recueillis dans MIMS sont protégés par la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

Consentement écrit du père ou de la mère, ou du décideur officiel, en vue de l'immunisation :

J'ai lu et compris la ou les fiches de renseignements concernant le ou les vaccins indiqué(s) ci-dessous et je consens que la personne ci-haut mentionné reçoive le ou les dits vaccins. J'ai pu poser des questions sur les vaccins et recevoir des réponses satisfaisantes.

OUI, je consens à ce que la personne ci-dessus reçoive un vaccin :

contre la grippe H1N1 contre la grippe saisonnière antipneumococcique.

Signature _____ Date : _____

Nom : _____ Lien de parenté : _____ N° de tél. : _____

Vaccination contre la grippe H1N1, la grippe saisonnière et vaccin antipneumococcique – Surveillance et consentement



Consentement verbal du client pour l'immunisation :

Le client ci-dessus a reçu un exemplaire des fiches de renseignements concernant les vaccins ci-dessous. Le client a pu poser des questions sur les vaccins et recevoir des réponses; le client consent donc à recevoir le vaccin :

- contre la grippe H1N1 contre la grippe saisonnière antipneumococcique.

Signature du fournisseur de soins de santé : _____

Date : _____

RÉSERVÉ AUX PERSONNES QUI EFFECTUENT LA VACCINATION

Consentement donné en connaissance de cause par : le client le père, la mère ou le décideur officiel

Dispositions prises en ce qui concerne l'immunisation : inscrire vos initiales et la date

- Antécédents en matière de santé recueillis et examinés Renseignements fournis pour signaler les effets secondaires du vaccin*
- Fiche(s) de renseignement fournie(s) et examinée(s)
- * Effets secondaires à signaler : voir l'article 57(2) de la *Loi sur la santé publique*
- Renseignements fournis sur les avantages et les risques du vaccin Évaluation suffisante pour pouvoir immuniser le client
- Réponses apportées aux préoccupations et questions Vaccination non faite en raison de :
- Contre-indication
 - Contre-indication possible
 - Vaccination retardée
- Raison/Remarque _____

Initiales de l'infirmière _____ Date : _____

Vaccin contre la grippe pandémique H1N1 :

<p>Site : Gauche (G) <input type="checkbox"/> Droite (D) <input type="checkbox"/></p> <p>Voie (IM) : Muscle vaste externe (VE) <input type="checkbox"/> Deltoïde (D) <input type="checkbox"/></p> <p>Dose : <input type="checkbox"/> 0,5 ml <input type="checkbox"/> 0,25 ml</p> <p>Fabricant : _____</p> <p>Signature du dispensateur _____</p>	<p>Dose n° 1 <input type="checkbox"/> Dose n° 2 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> avec adjuvant <input type="checkbox"/> sans adjuvant</p> <p>N° lot - antigène : _____ Date d'expiration : _____</p> <p>N° lot - adjuvant : _____ Date d'expiration : _____</p> <p>N° lot - (antigène + adjuvant) : _____</p> <p>Date de saisie des données dans le MIMS _____</p> <p>Initiales _____</p>
--	--

Vaccin contre la grippe saisonnière ou vaccin antipneumococcique :

Vaccin	Dose	N° du lot	Fabricant	Date d'expiration	Site				Signature du dispensateur	Saisie des données dans MIMS : Date et initiales
					G	D	VE	D		
antipneumo.										
grippe saisonnière										

Raison de la vaccination contre la grippe saisonnière ou de l'administration du vaccin antipneumococcique :

- Travailleur des services de santé Contact au sein du foyer
- Risque élevé Aucun risque