



DT9497

## VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom et prénom de l'utilisateur					
Nom et prénom de la mère					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
			Expiration		
Adresse (N°, rue)					
Ville				Code postal	

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

#### Usager apte de 14 ans ou plus

Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° téléphone	<input type="checkbox"/>	Cellulaire	<input type="checkbox"/>	Travail
-----------	---------------------------	-----------	--------------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------

Adresse courriel :

#### Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte

Personne autorisée selon sa déclaration (nom prénom) :	Adresse courriel :
--	--------------------

- Mandataire  
 Tuteur  
 Curateur  
 Curateur public  
 Conjoint (marié, union civile ou de fait)  
 Proche parent  
 Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier  
 Autorité parentale

Ind. rég.	N° de téléphone résidence	Ind. rég.	Autre N° téléphone	<input type="checkbox"/>	Cellulaire	<input type="checkbox"/>	Travail
-----------	---------------------------	-----------	--------------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------

### QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION\*

	ÉLÉMENTS À VALIDER PAR LE VACCINATEUR	OUI	NON	N/A	PRÉCISION
1.	<b>Problèmes de santé actuels</b> (L'utilisateur présente-t-il des symptômes compatibles avec la COVID? A-t-il remarqué un changement récent dans son état de santé?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Immunodépression</b> (L'utilisateur prend-t-il des médicaments immunodépresseurs? Est-il immunodéprimé ou atteint d'une maladie auto-immune?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Réaction allergique</b> (L'utilisateur a-t-il déjà fait une réaction allergique grave suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Grossesse</b> (Si l'utilisateur est une femme, est-elle présentement enceinte?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<b>Trouble de la coagulation</b> (L'utilisateur souffre-t-il d'un trouble de la coagulation nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<b>Produits immunisants ou sanguins</b> (L'utilisateur a-t-il reçu un vaccin autre que contre l'influenza ou le pneumocoque dans les 14 derniers jours? L'utilisateur a-t-il reçu du plasma d'utilisateurs convalescents de la COVID-19 ou des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 dans les 90 derniers jours?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* Pour connaître les contre-indications et les précautions, veuillez-vous référer à la section *Vaccin contre la COVID-19 du Protocole d'immunisation du Québec*.

### RAISON D'ADMINISTRATION (par ordre de priorité)

<input type="checkbox"/> 01 - COVID-19 - Résident en CHSLD public ou privé	<input type="checkbox"/> 04 - COVID-19 - Travailleur de la santé
<input type="checkbox"/> 02 - COVID-19 - Résident en RPA	<input type="checkbox"/> 05 - COVID-19 - Maladie chronique
<input type="checkbox"/> 03 - COVID-19 - Femme enceinte	<input type="checkbox"/> 06 - COVID-19 - Autres raisons

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

**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.
- Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) a été communiquée à la personne ou son représentant légal.
- Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.

**DÉCISION**

L'utilisateur ou son représentant légal :

Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé :

 Consent à la vaccination contre la COVID-19 Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé Refuse la vaccination contre la COVID-19**CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :**
 Usager     Mandataire     Tuteur     Curateur     Curateur public     Proche parent

 Conjoint (marié, union civile ou de fait)     Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier     Autorité parentale
**INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT**

Nom du professionnel :

**PROFESSION**
 Infirmière     Médecin     Inhalothérapeute     Sage-femme     Pharmacien

N° de permis :

Signature du professionnel :

**CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE****(Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)**

Nom du témoin :

Date

Année    Mois    Jour

Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique:

Date

Année    Mois    Jour

**DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ**

Date de vaccination (année, mois, jour)	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité/unité	Voie d'administration	Site d'administration
				Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche

**INFORMATION SUR LE VACCINATEUR**

Nom du vaccinateur :

Profession :

 Infirmière     Médecin     Inhalothérapeute     Sage-femme     Pharmacien

N° de permis :

Lieu de vaccination (LDS) :

Signature du vaccinateur :

**INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN**

(à compléter uniquement si différent du vaccinateur)

Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin :

Profession :

 Infirmière auxiliaire     Autre, précisez : \_\_\_\_\_

N° de permis :

Notes