

Vaccin contre la grippe – Formulaire de consentement 2019-2020

Section 1 : Renseignements sur le patient				Date (JJ/MM/AAAA) :	
Nom :	Prénom :	N° de la carte d'assurance-maladie provinciale :	Sexe :		
N° de téléphone principal :	Autre n° de téléphone :	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	Âge:	Poids de l'enfant : (kg / lb)	
Adresse :		Ville :	Province :	Code postal :	
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :	Prénom de la personne à contacter en cas d'urgence :	Lien avec le patient :			
N° de téléphone principal de la personne à contacter en cas d'urgence :		Autre n° de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :			

Section 2 : Questionnaire de dépistage – Consultez le Guide d'action pour connaître les recommandations	Oui	Non	Incertain
Avez-vous été malade au cours des trois derniers jours ? (fièvre de plus de 39,5 °C, problèmes de respiration ou infection en cours)			
Dans les 24 heures qui ont suivi l'administration d'un vaccin contre la grippe , avez-vous présenté une respiration sifflante, un serrement de poitrine ou de la difficulté à respirer?			
Êtes-vous allergique à un composant du vaccin grippal ou avez-vous déjà eu une réaction allergique grave constituant un danger de mort à un vaccin contre la grippe reçu précédemment?			
Êtes-vous allergique (p. ex. respiration sifflante, serrement de poitrine, difficulté à respirer, urticaire) aux produits suivants : •Solutions nettoyantes pour lentilles de contact •Œufs ou produits à base d'œufs •Formaldéhyde •Gélatine •Gentamicine •Kanamycine •Néomycine •Thimérosal			
Avez-vous une allergie grave au latex ou au caoutchouc naturel ?			
Avez-vous déjà eu une réaction allergique aux œufs ou aux produits qui en contiennent , mais vous pouvez quand même en manger une petite quantité? (p. ex. mal d'estomac, réaction cutanée)			
Avez-vous déjà souffert du syndrome de Guillain-Barré dans les six semaines suivant l'administration d'un vaccin grippal? Du syndrome oculorespiratoire ?			
Présentez-vous un trouble neurologique actif, nouveau ou changeant?			
Avez-vous déjà eu des troubles convulsifs ?			
Souffrez-vous d'un trouble de saignement ou prenez-vous des anticoagulants (p. ex., warfarine)?			
Êtes-vous enceinte, allaitez-vous ou essayez-vous de tomber enceinte ?			
Avez-vous un trouble médical qui affecte le système immunitaire (p. ex., cancer, leucémie, VIH/sida) ou prenez-vous des médicaments qui peuvent affaiblir le système immunitaire ?			
Avez-vous reçu le vaccin contre la pneumonie? Si oui, quel vaccin _____ et quand: _____			
Avez-vous reçu les vaccins méningococciques? Si oui, quel vaccin _____ et quand: _____			

Section 3 : Consentement accordé par le patient ou le tuteur		
Je soussigné(e), en ma qualité de patient, parent ou tuteur, confirme avoir lu ou reçu verbalement les renseignements à propos du vaccin contre la grippe (le « vaccin »), tels qu'ils apparaissent dans le Feuillelet d'information sur le vaccin contre la grippe. On m'a donné l'occasion de poser des questions, et les réponses ont été données de façon satisfaisante. Je comprends les risques et les avantages du vaccin. Je consens à attendre dans la pharmacie pendant 15 minutes (ou toute durée recommandée par l'infirmier) après avoir reçu le vaccin. Je suis conscient qu'il est possible (quoique rare) d'avoir une réaction allergique à l'un des composants du vaccin. Certaines réactions graves appelées « choc anaphylactique » peuvent constituer un danger de mort et représentent une urgence médicale. Un choc anaphylactique pourrait se manifester sous la forme des symptômes suivants : urticaire, difficulté à respirer et enflure de la langue, de la gorge ou des lèvres. Si je présente une telle réaction après avoir reçu le vaccin, je suis conscient que le traitement de celle-ci pourrait nécessiter l'administration d'épinéphrine, de diphenhydramine, de bêta-agonistes ou d'antihistaminiques et que le 9-1-1 sera composé pour fournir de l'aide supplémentaire à la personne ayant donné le vaccin. En cas de choc anaphylactique, je recevrai une copie de ce formulaire renfermant des renseignements sur les traitements d'urgence que j'ai reçus, ou une copie sera fournie à mon tuteur ou aux ambulanciers paramédicaux des services médicaux d'urgence. Je comprends que les informations indiquées dans ce formulaire pourraient être dévoilées aux autorités de santé et à d'autres parties requises afin de signaler des effets indésirables et d'assurer l'innocuité du produit.		
☐ Je confirme que je souhaite recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière	OU	☐ Je confirme que je souhaite que mon enfant reçoive le vaccin contre la grippe saisonnière
Nom du patient ou du tuteur (et sa relation avec le patient)	Signature du patient ou du tuteur	Date de signature (JJ/MM/AAAA)

RÉSERVÉ À L'USAGE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**Section 4 : Ordonnance – Vaccins contre la grippe****DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :**

☐ Je confirme que le patient nommé ci-dessus est dans la capacité de fournir son consentement pour l'administration du vaccin contre la grippe saisonnière et que ce dernier devrait lui être donné. J'administre le vaccin contre la grippe saisonnière au plus 21 jours suivant la signature du consentement accordé par le tuteur, le comité responsable, le représentant légal ou le mandataire spécial du patient.

Vaccin ☐ AGRIFLU^{MD} ☐ FLUAD^{MD} ☐ FLUAD Pédiatrique^{MD} ☐ FLUVIRAL^{MD} ☐ FLUZONE Haute dose^{MD} ☐ INFLUVAC^{MD} ☐ VAXIGRIP^{MD} antigrippal 0,5 mL IM 0,5 mL IM 0,25 mL IM 0,5 mL IM 0,5 mL IM 0,5 mL IM 0,5 mL IM trivalent : DIN 02346850 DIN 02362384 DIN 02434881 DIN 02420686 DIN 02445646 DIN 02269562 DIN 02367718									
Vaccin ☐ FLULAVAL^{MD} TETRA antigrippal 0,5 mL IM quadrivalent : DIN 02420783 ☐ AFLURIA^{MD} TETRA 0,5 mL IM DIN 02420783			☐ FLUZONE^{MD} QUADRIVALENT 0,5 mL flacon à dose unique 5 mL flacon à doses multiples DIN 02420643 DIN 02432730			Vaccin antigrippal ☐ FLUMIST^{MD} vivant atténué 0,1 mL par narine (0,2 mL dose intranasale totale) (VAVA) : DIN 02426544			
Date de l'immunisation (JJ/MM/AAAA) :		Heure de l'immunisation :		N° de lot du vaccin :	Date d'expiration du vaccin (MM/AAAA) :	Nom du professionnel de la santé et n° de permis :			
Signature :									
Point d'injection : ☐ Bras gauche ☐ Bras droit ☐ Intranasal				Communication au médecin de famille : ☐ Oui ☐ Non		Traitement d'urgence : ☐ Oui ☐ Non			
Autres vaccins :		☐ Prevnar[®] 0,5 mL IM ☐ Trumenba[®] 0,5 mL IM ☐ Nimenrix[®] 0,5 mL IM ☐ Shingrix[®] 0,5 mL IM DIN 02335204 DIN 2468751 DIN 2402904 DIN 2468425				Point d'injection : ☐ Bras gauche ☐ Bras droit		N° de lot du vaccin :	Date d'expiration du vaccin (MM/AAAA) :