

# Vaccin contre la grippe – Formulaire de consentement 2018-2019

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 :			Demandez à votre pharmacien quelle est la limite d'âge pour la vaccination en pharmacie.
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 :	Résidents de l'Alberta : Êtes-vous un professionnel de la santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Section 2 : Questionnaire de dépistage – Consultez le <u>Guide d'action</u> pour connaître les recommandations				Oui	Non	Incertain
Avez-vous été <b>malade au cours des trois derniers jours?</b> (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 <b>vaccin contre la grippe</b> , avez-vous présenté une respiration sifflante, un serrement de poitrine ou de la difficulté à respirer?						
Êtes-vous <b>allergique</b> 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 : <b>•Solutions nettoyantes pour lentilles de contact •Oeufs ou produits à base d'œufs •Formaldéhyde •Gélatine •Gentamicine •Kanamycine •Néomycine •Thimérosal</b>						
Avez-vous une allergie grave au <b>latex</b> ou au <b>caoutchouc naturel</b> ?						
Avez-vous déjà eu une réaction allergique aux <b>oeufs</b> ou aux <b>produits qui en contiennent</b> , mais vous pouvez quand même en manger une petite quantité? (p. ex. mal d'estomac, réaction cutanée)						
Avez-vous déjà souffert du <b>syndrome de Guillain-Barré</b> dans les six semaines suivant l'administration d'un vaccin grippal? Du <b>syndrome oculorespiratoire</b> ?						
Présentez-vous un <b>trouble neurologique</b> actif, nouveau ou changeant?						
Avez-vous déjà eu des <b>troubles convulsifs</b> ?						
Souffrez-vous d'un <b>trouble de saignement</b> ou prenez-vous des <b>anticoagulants</b> (p. ex., warfarine)?						
Êtes-vous <b>enceinte, allaitez-vous</b> ou <b>essayez-vous de tomber enceinte</b> ?						
Questions additionnelles pour le vaccin vivant intranasal (FluMist) ..	Avez-vous reçu un ou des <b>vaccins</b> au cours des 4 dernières semaines?					
	Pour les enfants de moins de 18 ans : L'enfant prend-il actuellement de l' <b>aspirine</b> ou un <b>traitement contenant de l'aspirine</b> , ou en prendra-t-il un au cours des 4 prochaines semaines?					
	Souffrez-vous d' <b>asthme grave</b> (pour lequel vous prenez une dose élevée de corticostéroïdes inhalés ou par voie orale) ou avez-vous présenté une <b>respiration sifflante</b> pour laquelle vous avez consulté un médecin au cours des 7 derniers jours?					
	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 <b>système immunitaire</b> ?					
	Avez-vous reçu une <b>transfusion de sang</b> ou de <b>produits sanguins</b> au cours de la dernière année?					
	Avez-vous reçu un <b>traitement antiviral contre la grippe</b> (p. ex., Oseltamivir) au cours des 48 dernières heures ou avez-vous l'intention d'en recevoir un dans les 2 prochaines semaines?					
	Procurez-vous des soins à une personne gravement <b>immunodéficiente</b> ou êtes vous en contact avec une telle personne?					
	Êtes-vous allergique à l' <b>arginine</b> (p. ex. respiration sifflante, serrement de poitrine, difficulté à respirer, urticaire)?					

Section 3 : Consentement accordé par le patient ou le tuteur		
<p>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 clinique/pharmacie pendant 15 minutes (ou toute durée recommandée par le pharmacien) après avoir reçu le vaccin.</p> <p>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 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.</p>		
<input type="checkbox"/> Je confirme que je souhaite recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière		<b>OU</b>
<input type="checkbox"/> 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 DE LA PHARMACIE – Section 4 : Modèles d'ordonnances – 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.

<b>Vaccin antigrippal trivalent :</b>	<input type="checkbox"/> <b>AGRIFLU<sup>MD</sup></b> 0,5 mL IM DIN 02428881	<input type="checkbox"/> <b>FLUAD<sup>MD</sup></b> 0,5 mL IM DIN 02362384	<input type="checkbox"/> <b>FLUAD Pédiatrique<sup>MD</sup></b> 0,25 mL IM DIN 02434881	<input type="checkbox"/> <b>FLUVIRAL<sup>MD</sup></b> 0,5 mL IM DIN 02420686	<input type="checkbox"/> <b>FLUZONE Haute dose<sup>MD</sup></b> 0,5 mL IM DIN 02445646	<input type="checkbox"/> <b>INFLUVAC<sup>MD</sup></b> 0,5 mL IM DIN 02269562	<input type="checkbox"/> <b>VAXIGRIP<sup>MD</sup></b> 0,5 mL IM DIN 02367718
---------------------------------------	---	---	--	--	--	--	--

<b>Vaccin antigrippal quadrivalent :</b>	<input type="checkbox"/> <b>FLULAVAL<sup>MD</sup> TETRA</b> 0,5 mL IM DIN 02420783	<input type="checkbox"/> <b>FLUZONE<sup>MD</sup> QUADRIVALENT</b> 0,5 mL flacon à dose unique DIN 02420643	<input type="checkbox"/> <b>FLUZONE<sup>MD</sup> QUADRIVALENT</b> 5 mL flacon à doses multiples DIN 02432730	<b>Vaccin antigrippal vivant atténué (VAVA) :</b>	<input type="checkbox"/> <b>FLUMIST<sup>MD</sup></b> 0,1 mL par narine (0,2 mL dose intranasale totale) 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 : <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Intranasal	Communication au médecin de famille : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitement d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui (voir ci-joint) <input type="checkbox"/> Non
---	--	---

Traitement d'urgence à l'épinéphrine

Nom du patient :	Prénom du patient :	Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA) :
<input type="checkbox"/> EpiPen <sup>MD</sup> 0,3 mg/0,3 mL DIN 00509558   PIN 09857423 Si le poids est >30 kg ou 66 lb		<input type="checkbox"/> EpiPen <sup>MD</sup> Junior 0,15 mg/0,3 mL DIN 00578657   PIN 09857424 Si le poids est entre 15-30 kg ou 33-66 lb
Date de l'administration (JJ/MM/AAAA) :	Heures de l'administration :	
Nombre de doses administrées :	1.	
	2. (le cas échéant)	
	3. (le cas échéant)	
Nom du professionnel de la santé et n° de permis :	Signature :	
Autres remarques (y compris les autres mesures d'urgence entreprises ou les traitements administrés) :	Date (JJ/MM/AAAA) et heure de suivi avec le patient ou le tuteur :	