

Formulaire de consentement pour le vaccin contre l'influenza saisonnière (grippe) 2020-2021

Section 1: RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			Date (MM/JJ/AAAA):	
Nom :	Prénom :	Numéro assurance maladie provincial :	Sexe :	
Téléphone :	Téléphone secondaire :	Date de naissance (MM/JJ/AAAA):	Âge:	Poids de l'enfant (kg / lb) :
Adresse :	Ville :	Province :	Code postal :	
Nom du contact en cas d'urgence :	Prénom du contact en cas d'urgence :	Lien avec le patient :	N° de téléphone du contact :	
N° de téléphone secondaire du contact :		Demandez à votre pharmacien quelle est la limite d'âge pour se faire vacciner contre la grippe dans une pharmacie		

Section 2: QUESTIONNAIRE DE DÉPISTAGE Voir le guide d'action du questionnaire de dépistage pour les recommandations		
Êtes-vous malade aujourd'hui ou avez-vous été malade au cours des 3 derniers jours ? (fièvre > 39,5°C, difficulté ou changement de respiration, infection active)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous eu des difficultés à respirer, une respiration sifflante ou une oppression thoracique dans les 24 heures suivant la vaccination contre la grippe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Êtes-vous allergique à une composante du vaccin antigrippal ou avez-vous déjà eu une réaction allergique grave et potentiellement mortelle à un vaccin antigrippal antérieur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Êtes-vous allergique (par exemple, respiration sifflante, oppression thoracique, difficulté à respirer, urticaire) à : - Solution pour lentilles de contact - Œuf ou produits à base d'œuf - Formaldéhyde - Gélatine - Gentamicine - Kanamycine - Néomycine - Thimérosal-Polymyxine B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous une allergie grave au latex ou au caoutchouc naturel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous eu une réaction aux œufs ou aux produits à base d'œufs, mais vous pouvez encore en manger de petites quantités ? (par exemple, maux d'estomac, réaction de la peau)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous eu le syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines après avoir reçu un vaccin contre la grippe ? Syndrome oculo-respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous déjà eu une crise d'épilepsie ou souffert d'un trouble neurologique actif, nouveau ou évolutif ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous des problèmes de saignement ou utilisez-vous des anticoagulants ? (par exemple, la warfarine)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Êtes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de le devenir ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous reçu vos vaccins contre la pneumonie ? Si oui, quel vaccin _____ et quand : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous reçu vos vaccins contre le zona ? Si oui, quel vaccin _____ et quand : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ne remplissez cette section que si vous prévoyez de recevoir le vaccin nasal contre la grippe	Avez-vous reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pour les enfants de moins de 18 ans : l'enfant prend-il de l'aspirine ou des médicaments contenant de l'aspirine au cours des 4 prochaines semaines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Souffrez-vous d'asthme grave (sous l'effet de fortes doses de corticostéroïdes inhalés ou oraux) ou de respiration sifflante sous surveillance médicale au cours des 7 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Avez-vous reçu au cours des 48 dernières heures ou avez-vous l'intention de recevoir au cours des 2 prochaines semaines un traitement antiviral contre la grippe ? (par ex. Oseltamivir) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Avez-vous des problèmes médicaux (par exemple, cancer, leucémie, VIH/SIDA) ou prenez-vous des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fournissez-vous des services de soins de santé aux personnes immunodéprimées ou êtes-vous en contact étroit avec elles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous allergique (par exemple, respiration sifflante, oppression thoracique, difficultés respiratoires, urticaire) à l'arginine ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

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. 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 bénéfices du vaccin. Je consens à attendre dans la pharmacie pendant un minimum de 15 minutes (ou toute durée recommandée) après avoir reçu le vaccin.		
Je suis conscient qu'il est possible d'avoir une réaction allergique à l'un des composants du vaccin. Dans certains cas, des réactions graves peuvent survenir et constituer un danger de mort. Ces réactions graves pourraient se manifester notamment sous la forme des symptômes suivants : urticaire, difficulté à respirer, 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 ou de diphénhydramine et que les services d'urgences seront contactés. Le cas échéant, je recevrai une copie de ce formulaire et/ou une copie sera fournie à mon tuteur et/ou aux ambulanciers/personnels des services médicaux d'urgence. Je comprends que les informations contenues dans ce formulaire pourraient également être transmises aux autorités de santé et à d'autres intervenants afin de signaler les effets indésirables et d'assurer l'innocuité du produit. De plus, je comprends que ce formulaire est fourni sous forme de modèle et que les informations que j'inclus dans ce formulaire peuvent constituer des informations personnelles ou des informations personnelles sur la santé au sens de la législation applicable en matière de vie privée. Je suis pleinement conscient des risques liés à l'envoi, à la soumission ou au stockage de ce formulaire et de toutes les informations personnelles ou de santé y incluses, par courriel ou par tout autre moyen numérique. Je libère donc le créateur, éditeur ou toute autre entité impliquée dans la production ou la distribution de ce formulaire, de toute responsabilité relative à la législation applicable en matière de vie privée.		
<input type="checkbox"/> Je confirme que je veux recevoir le vaccin. OR <input type="checkbox"/> Je confirme que je veux que mon enfant reçoive le vaccin		
Nom du patient ou du tuteur (et sa relation avec le patient)	Signature du patient ou du tuteur	Date de signature (MM/JJ/AAAA)

POUR UTILISATION EN PHARMACIE UNIQUEMENT : Prescription / Renseignements sur le vaccin

DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ :

Je confirme que le patient susmentionné est capable de donner son consentement pour ce vaccin. J'administre ce vaccin au plus tard 21 jours après que le consentement a été signé par le tuteur ou le comité, le représentant ou le décideur remplaçant temporaire du patient. Je confirme que j'ai communiqué les risques et les avantages associés au vaccin. J'ai examiné le dossier du patient et trouve que le vaccin devrait être administré au patient.

Vaccin Trivalent (TIV): **AGRIFLU®** 0.5 mL IM **FLUAD®** 0.5 mL IM **FLUAD Pediatric®** 0.25 mL IM **FLUVIRAL®** 0.5 mL IM **FLUZONE High-Dose®** 0.5 mL IM **INFLUVAC®** 0.5 mL IM **FLUMIST®** 0.1mL per nostril
 DIN 02346850 DIN 02362384 DIN 02434881 DIN 02420686 DIN 02445646 DIN 02269562 DIN 02426544

<input type="checkbox"/> FLULAVAL™ TETRA 0.5mL IM DIN 02420783	<input type="checkbox"/> AFLURIA® TETRA <input type="checkbox"/> 0.5mL IM seringue préremplie DIN02473283 <input type="checkbox"/> 5mL IM flacon multi-doses DIN 02473313	<input type="checkbox"/> FLUCELVAX® QUAD <input type="checkbox"/> 0.5mL IM seringue préremplie DIN02494248 <input type="checkbox"/> 5mL IM flacon multi-doses DIN 02494256	<input type="checkbox"/> FLUZONE® QUAD <input type="checkbox"/> 0.5mL IM seringue préremplie DIN02420643 <input type="checkbox"/> 5mL IM flacon multi-doses DIN 02432730	<input type="checkbox"/> INFLUVAC® TETRA 0.5mL IM DIN 02484854	<input type="checkbox"/> AUTRES
---	--	---	---	---	--

Date de vaccination (MM/JJ/AAAA):	Heure de vaccination :	N° de lot du vaccin :	Date d'expiration du vaccin (MM/AAAA):	Nom du professionnel de la santé et n° de permis :	Signature :
-----------------------------------	------------------------	-----------------------	--	--	-------------

Site d'administration: <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Intra-nasal	Prescripteur primaire contacté : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitement d'urgence: <input type="checkbox"/> Oui (voir joint) <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

Uniquement en Nouvelle-Écosse	Condition du patient avant :	Réponse pendant :	Réponse après l'administration :
-------------------------------	------------------------------	-------------------	----------------------------------

Traitement d'urgence à l'épinéphrine

Nom du patient :	Prénom du patient :	Date de naissance du patient (MM/JJ/AAAA) :
<input type="checkbox"/> EpiPen® 0.3mg/0.3mL DIN 00509558 Si le poids est >30kg or 66 lbs	<input type="checkbox"/> EpiPen® Junior 0.15mg/0.3mL DIN 00578657 Si le poids est entre 15-30kg or 33-66 lbs	
Date d'administration (MM/JJ/AAAA) :	Heure d'administration :	
Nombre de dose(s) administrée(s) :	1. _____	
	2. _____ (si applicable)	
	3. _____ (si applicable)	
Nom du professionnel de la santé et n° de permis :	Signature :	
Notes complémentaires (y compris les autres mesures d'urgence prises ou les traitements administrés) :	Date (MM/JJ/AAAA) & Heure du suivi avec le Patient/Tuteur :	