

Formulaire de consentement pour le vaccin contre l'influenza saisonnière (grippe) 2021-2022

Section 1: RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom :	Prénom :	Numéro d'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

Dans les 10 derniers jours, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants: fièvre, apparition de toux ou aggravation d'une toux chronique, nouvel essoufflement ou intensification d'un essoufflement déjà présent, difficulté respiratoire, mal de gorge, écoulement nasal, malaise?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà eu une réaction à une vaccination antérieure ?	☐ Oui ☐ Non
Souffrez-vous d'allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les œufs), aux composants du vaccin ou au latex ?	☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous actuellement suivi par un médecin pour une quelconque affection médicale (trouble neurologique actif) ?	☐ Oui ☐ Non
Souffrez-vous d'une affection cardiaque, pulmonaire ou diabétique ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous été en contact étroit avec une personne dont le système immunitaire est gravement affaibli ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des antécédents de syndrome oculo-respiratoire ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration du vaccin contre la grippe ou avez-vous eu des difficultés à respirer dans les 24 heures suivant l'administration du vaccin contre la grippe ?	☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de devenir enceinte ?	☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous actuellement ou prévoyez-vous prendre l'un des médicaments d'ordonnance suivants (médicaments contre les crises d'épilepsie, immunosuppresseurs, médicaments antiviraux, Aspirine, médicaments contre la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn ou le psoriasis, etc.)	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous complété votre calendrier de vaccination contre la COVID-19? ☐ Oui ☐ Non Contre le zona? ☐ Oui ☐ Non Contre la pneumonie à pneumocoque? ☐ Oui ☐ 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 diphenhydramine 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.

☐ Je confirme que je veux recevoir le vaccin. **OU** ☐ 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)
--	-----------------------------------	--------------------------------

USAGE EXCLUSIF DE LA PHARMACIE : Section 4 : Modèles d ordonnance utilisés pour le vaccin contre la grippe

☐ 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.

☐ FLUMIST® QUAD 0.1mL per nostril DIN 02426544	☐ FLUAD Pediatric® 0.25 mL IM DIN 02434881	☐ FLUAD® 0.5 mL IM DIN 02362384	☐ FLUZONE High-Dose® 0.7 mL IM DIN 02500523	☐ FLUVIRAL® 0.5 mL IM DIN 02420686	☐ AUTRE
☐ FLULAVAL® TETRA 0.5mL IM DIN 02420783	☐ AFLURIA® TETRA ☐ 0.5mL IM pre-filled syringe DIN 02473283 ☐ 5mL IM multi-dose vial DIN 02473313	☐ FLUCELVAX® QUAD ☐ 0.5mL IM pre-filled syringe DIN 02494248	☐ FLUZONE® QUAD ☐ 0.5mL IM single-dose vial DIN 02420643 ☐ 5mL IM multi-dose vial DIN 02432730	☐ INFLUVAC® TETRA 0.5mL IM DIN 02484854	

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: ☐ Bras gauche ☐ Bras droit ☐ Intra-nasal			Prescripteur primaire contacté: ☐ Oui ☐ Non		Traitement d'urgence: ☐ Oui (voir joint) ☐ Non
Nouvelle-Écosse	Condition du patient avant :		Réponse pendant :	Réponse après l'administration :	