

Formulaire de consentement au vaccin contre la l'influenza saisonnière (grippe) 22-23

Section 1 : Renseignements sur le patient

Nom:	Prénom:	N ° Ass. maladie provincial:	Genre: Homme ☐ Femme ☐	Âge:
Numéro de téléphone:	Date de naissance (MM/JJ/AAAA) :	Nom et numéro de téléphone du contact en cas d'urgence :		
Adresse:	Ville:	Province:	Code postal:	

Section 2 : Questionnaire de dépistage

Au cours des 10 derniers jours, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants : fièvre, nouvelle toux ou aggravation d'une toux chronique, nouvel essoufflement ou difficulté à respirer ou aggravation de celui-ci, mal de gorge, écoulement nasal, sensation de malaise?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà eu une réaction à une vaccination antérieure (ex. urticaire, évanouissement, difficulté à respirer) ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments (par exemple, les œufs), aux composants des vaccins ou au latex ?	☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous des médicaments qui affectent votre système immunitaire ou êtes-vous immunosupprimé?	☐ Oui ☐ Non
Prenez-vous un anticoagulant ou souffrez-vous d'un trouble de coagulation ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des antécédents de syndrome oculo-respiratoire ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous eu des antécédents de syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration du vaccin contre la grippe ?	☐ Oui ☐ Non
Êtes-vous enceinte, allaitez-vous ou avez-vous l'intention de tomber enceinte ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà eu une infection à la COVID-19? Si oui, veuillez indiquer quand il a été résolu :	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà souffert d'une inflammation du cœur (myocardite/péricardite) après une dose d'un vaccin contre la COVID-19?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous reçu une série complète de vaccins COVID-19 ? _____ Date de la dose la plus récente : _____	

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 relation)	Signature du patient ou du tuteur	Date de signature (MM/JJ/AAAA)
---	-----------------------------------	--------------------------------

UTILISATION EN PHARMACIE SEULEMENT Section 4 : Documentation sur les vaccins

AFLURIA® TETRA ☐ Seringue préremplie IM de 0,5 mL DIN 02473283 ☐ Flacon multidose DE 0,5 mL IM 5 mL DIN 02473313	☐ FLUAD Pédiatrique® 0.25mL IM din 02434881	☐ FLUAD® 0.5 mL IM din 02362384	☐ FLUZONE® QUAD à haute dose 0,7 mL IM din 02500523	☐ FLUVIRAL® 0,5 mL IM 02420686 DIN	☐ AUTRE Dose:
FLUZONE® QUAD ☐ Flacon monodose IM de 0,5 mL DIN 02420643 ☐ Flacon multidose de 0,5 mL IM 5 mL 02432730 DIN	☐ TÉTRA FLULAVAL® 0,5 mL IM 02420783 DIN	☐ FLUCELVAX® QUAD Seringue préremplie IM de 0,5 mL 02494248 DIN	☐ FLUMIST® QUAD 0,1 mL par narine din din 02426544	☐ INFLUVA® TÉTRA 0,5 mL IM din 02484854	
Vaccin anti-grippal	Lot #:	Date d'expiration (MM/AAAA) :	Site d'administration : Bras gauche ☐ Bras droit ☐ Intra-nasal	Heure de vaccination :	Date de vaccination (MM/JJ/AAAA) :
Vaccin #2	Lot # :	Date d'expiration (MM/AAAA) :	Site d'administration : Bras gauche ☐ Bras droit	Heure de vaccination :	
Nom du professionnel de la santé et n° de permis :				Signature :	
NS uniquement	Condition du patient avant:		Réponse pendant :	Réponse après l'administration :	