Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
Québec

Saisie d'un acte vaccinal au Registre de vaccination du Québec

Feuille de communication d'informations

SECTION 1. IDENTIFICATION USAGER (tous les renseignements sont obligatoires)

Nom et prénom : _____

NAM : _____ Exp. : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ ☐ M ☐ F
AAAA MM JJ

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

SECTION 2. RENSEIGNEMENTS SUR LES CONTACTS (OBLIGATOIRES)

☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐ Curateur	Nom et prénom	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐ Curateur	Nom et prénom

SECTION 3. AIDE-MÉMOIRE POUR TOUT VACCIN ADMINISTRÉ

	Tâches - Vaccinateur	Tâches – Personne à la saisie
Compléter les renseignements de la section 1 à 5 puis des sections 6 à 9, s'il y a lieu	☐	☐
Inscrire la note au dossier de l'usager de l'établissement	☐	
Remettre cette feuille de communication bien remplie à la personne identifiée pour faire la saisie au registre	☐	
Effectuer la recherche du dossier de l'usager dans le registre : 1. Par le NAM 2. Par nom, prénom et date de naissance		☐
Pour un dossier introuvable, seulement après avoir effectué les deux méthodes de recherche : 1. Créer un nouveau dossier		☐
Pour des dossiers doublons, avant d'effectuer la saisie, contacter la Pilote des fonctions allégées SI-PMI claudine.dansereau.csssvs16@ssss.gouv.qc.ca		☐
Détruire cette feuille de communication une fois la saisie effectuée		☐

SECTION 4. RENSEIGNEMENTS SUR LA VACCINATION - À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR

NOM COMMERCIAL	AGENT IMMUNISANT	N° DE LOT DE LA BOÎTE	QTÉ	VOIE	SITE D'ADMINISTRATION	RAISON D'ADMINISTRATION
☐ Td Adsorbées	dT		0.5 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐ Adacel ☐ Boostrix	dcaT		0.5 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	☐ Femme enceinte ☐ Autres raisons
☐Engerix-B	HB		☐ 0.5 ml ☐ 1.0 ml ☐ 2.0 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐Recombivax HB ☐ 10 mcg ☐ 40 mcg	HB		☐ 0.5 ml ☐ 1.0 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐_____	Inf		0.5 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	☐ Résident CHSLD ☐ Mal. chronique ☐ Autres raisons
☐Pneumovax 23	Pneu-P		0.5 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐Prevnar 13	Pneu-C		0.5 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐ Imovax Rage ☐ RabAvert	Rage		1.0 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐ Priorix ☐ MMR II	RRO		0.5 ml	SC	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐ Shingrix ☐ Zostavax II	ZONA		0.5 ml	IM	Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐Tubersol	TCT		0.1 ml	ID	Bras (avant-bras) ☐ D ☐ G	
☐_____	_____				Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
☐_____	_____				Bras ☐ D ☐ G Cuisse ☐ D ☐ G	
NOM COMMERCIAL	IMMUNOGLOBULINES	N° DE LOT DE LA BOÎTE	QTÉ	VOIE	SITE D'ADMINISTRATION	
HyperHEP B S/D	HBIg			IM	Cuisse ☐ D ☐ G Fessier antérieur ☐ D ☐ G	
HyperRab S/D	RIg			IM	Cuisse ☐ D ☐ G Fessier antérieur ☐ D ☐ G	
HyperTET S/D	TIg		1.0 ml	IM	Cuisse ☐ D ☐ G Fessier antérieur ☐ D ☐ G	

SECTION 5. INTERVENANT VACCINATEUR / LIEU ET DATE DE VACCINATION

1. **Date d'administration du (des) vaccin(s) :**_____
   AAAA-MM-JJ
2. **Nom et prénom de l'intervenant vaccinateur :** _____ **N° de permis prof.** :_____
   lettres moulées
3. **Lieu de vaccination** (équivalent comme lieu pour la saisie des sections 7 à 9) :

   ☐ **Hôpital** _____ ☐ **CHSLD** _____ ☐ **Autre lieu** _____
4. **Organisation :** 16 CISSS de la Montérégie Ouest

SECTION 6. COMMENTAIRE - À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR S'IL Y A LIEU

☐ Lot BCF (COCHEZ LA CASE SI LE VACCIN ADMINISTRÉ EST IDENTIFIÉ COMME AYANT SUBI UN BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF) ANTÉRIEUREMENT)

Si plus d'un vaccin administré, veuillez préciser pour lequel le BCF s'applique : _____

☐ Lecture TCT : Date : _____ Résultat de lecture du TCT _____mm
AAAA-MM-JJ

Nom et prénom de l'intervenant ayant effectué la lecture : _____ N° de permis prof. :_____

SECTION 7. AJOUTER CONTRE-INDICATION / PRÉCAUTION – À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR S'IL Y A LIEU APRÈS L'ÉVALUATION PRÉVACCINATION

1. ☐ **Agent immunisant :** _____ ☐ **Antigène :** _____

2. **Raison :**

☐ Allergie de type anaphylactique : Dose antérieure ou composante du vaccin
☐ Autre : ☐ Allergie au latex - précisez le nom commercial du vaccin : _____ ☐ Motif autre - précisez: _____
☐ Diarrhée ou vomissement aigu modéré ou grave
☐ Grossesse
☐ Immunosuppression
☐ Maladie aiguë ou grave
☐ Névrite brachiale
☐ Réaction allergique suivant une dose antérieure ou un vaccin avec composant identique
☐ Syndrome de Guillain Barré
☐ Syndrome oculorespiratoire grave
☐ Thrombocytopénie

3. **Date d'application :** De (évaluation prévaccination) _____ À (fin de la contre-indication/précaution, s'il y a lieu) _____
   AAAA-MM-JJ AAAA-MM-JJ

4. **Source d'attestation :** ☐ Attestation médicale ☐ Confirmation par laboratoire ☐ Recommandation santé publique Manifestation clinique inhabituelle (MCI)

SECTION 8. AJOUTER PREUVES D'IMMUNITÉ – À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR S'IL Y A LIEU APRÈS L'ÉVALUATION PRÉVACCINATION

Antigène / Maladie	Date d'application évaluation prévaccination	Source d'attestation	Commentaires
☐ HA (Hépatite A)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Confirmation par Laboratoire	Résultat de laboratoire _____ Date du résultat _____ Sérologie ☐ pré vaccinale ☐ post vaccinale AAAA-MM-JJ
☐ HB (Hépatite B)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Confirmation par Laboratoire	Résultat de laboratoire _____ Date du résultat _____ Sérologie ☐ pré vaccinale ☐ post vaccinale AAAA-MM-JJ
☐ R (Rougeole)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Attestation médicale	Date où le professionnel est informé _____ AAAA-MM-JJ
		Confirmation par Laboratoire	Résultat de laboratoire _____Date du résultat _____ Sérologie ☐ pré vaccinale ☐ post vaccinale AAAA-MM-JJ
☐ R (Rubéole)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Confirmation par Laboratoire	Résultat de laboratoire _____ Date du résultat _____ Sérologie ☐ pré vaccinale ☐ post vaccinale AAAA-MM-JJ
☐ O (Oreillons)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Confirmation par Laboratoire	Résultat de laboratoire _____ Date du résultat _____ Sérologie ☐ pré vaccinale ☐ post vaccinale AAAA-MM-JJ
☐ Var (Varicelle)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Histoire de la maladie	Date où le professionnel est informé _____ AAAA-MM-JJ
☐ TCT (Lecture)	De : _____ AAAA-MM-JJ	Attestation médicale	Résultat de lecture du TCT _____mm

SECTION 9. AJOUTER REFUS DE VACCINATION – À REMPLIR PAR LE VACCINATEUR S'IL Y A LIEU APRÈS L'ÉVALUATION PRÉ VACCINATION

☐ Agent immunisant : _____ ☐ Antigène : _____ MOTIF : ☐ Refus de l'usager ☐ Refus du représentant légal