

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom, Prénom de la mère : _____

**VACCINATION CHEZ L'ADULTE IMMUNODEPRIME
OU GREFFE D'ORGANE SOLIDE
OU EN VOIE DE LE DEVENIR**

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

INDICATION

Usager adulte en attente de greffe ou ayant reçu une greffe d'organe solide, ou qui s'apprête à débiter un traitement immunodépresseur ou qui est sous traitement immunodépresseur (voir la liste de médicaments immunodépresseurs et les principes généraux sur la vaccination en annexe 2)

Consulter le PIQ au besoin : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/>

VACCINATION DE BASE si nécessaire (voir annexe 1)

Diphtérie-tétanos (dT) ou Diphtérie-coqueluche-tétanos (dcaT) vaccins inactivés

_____ Dose 1 Td adsorbées 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Td adsorbées 0,5 mL IM (1 à 2 mois après dose 1)

Initiales _____

_____ Dose 3 Td adsorbées 0,5 mL IM (6 à 12 mois après dose 2)

Initiales _____

_____ dcaT Adacel 0,5 mL IM **OU** Boostrix 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

Rougeole-rubéole-oreillons (RRO) Attention : vaccins vivants atténués, ne pas administrer si immunodéprimé

_____ Dose 1 M-M-R II 0,5 mL SC **OU** Priorix 0,5 mL SC x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 M-M-R II 0,5 mL SC **OU** Priorix 0,5 mL SC (4 semaines après dose 1 si toujours pas de contre-indication)

Initiales _____

Varicelle (Var) Attention : vaccin vivant atténué, ne pas administrer si immunodéprimé

_____ Dose 1 Varivax III 0,7 mL SC **OU** Varilrix 0,5 mL SC x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Varivax III 0,7 mL SC **OU** Varilrix 0,5 mL SC (4 semaines après dose 1 si toujours pas de contre-indication)

Initiales _____

VACCINATION SUPPLÉMENTAIRE, si pas déjà reçue

Influenza (Inf injectable) vaccins inactivés

_____ Vaccin contre l'influenza (annuellement de novembre à mars)

Initiales _____

Pneumocoque (Pneu-C 20) vaccin inactivé

_____ Vaccin conjugué contre le pneumocoque Prevnar 20 : 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

Zona (Zona-SU) vaccin inactivé (prévoir l'administration en centre de vaccination externe PSL)

_____ Dose 1 Shingrix 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Shingrix 0,5 mL IM (1 à 2 mois après dose 1)

Initiales _____

Haemophilus influenzae type b (Hib) vaccin inactivé

_____ Act-HIB 0,5 mL IM **OU** Hiberix 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

La pharmacie sert le vaccin fourni par la Santé Publique selon les conditions du programme d'immunisation du Québec

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

☐ Envoyé par _____ (init.)

_____ Heure d'envoi :

_____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**VACCINATION CHEZ L'ADULTE IMMUNODEPRIME
OU GREFFE D'ORGANE SOLIDE
OU EN VOIE DE LE DEVENIR
(SUITE)**

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
 AAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAA-MM
 Nom, Prénom de la mère : _____

VACCINATION SUPPLÉMENTAIRE, si pas déjà reçue (SUITE)

Virus du papillome humain (VPH) vaccin inactivé

_____ Dose 1 Gardasil-9* 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Gardasil-9 0,5 mL IM (4 à 8 semaines après dose 1)

Initiales _____

_____ Dose 3 Gardasil-9 0,5 mL IM (3 à 4 mois après dose 2)

Initiales _____

Méningocoque (Men-B) vaccins inactivés (seulement si nécessaire)

_____ Vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque Men-C-ACWY (Menactra, Menveo **OU** Nimenrix) : 0,5 mL IM x 1
 et prévoir rappel aux 5 ans

_____ Dose 1 Vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B (Bexsero **OU** Trumenba) 0,5 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B (Bexsero **OU** Trumenba) 0,5 mL IM (4 à 8 semaines plus tard)

Initiales _____

COVID-19 vaccins inactivés (prévoir l'administration en centre de vaccination externe PSL)

Primo-vaccination (Comirnaty préféré chez les 29 ans et moins)

_____ Dose 1 Spikevax 0,5 mL IM **OU** Comirnaty 0,3 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Spikevax 0,5 mL IM **OU** Comirnaty 0,3 mL IM (4 semaines après dose 1)

Initiales _____

Dose de rappel

_____ Spikevax bivalent 0,25 mL IM **OU** Comirnaty bivalent 0,3 mL IM x 1

Initiales _____

Hépatite A (HA) vaccins inactivés

_____ Dose 1 Havrix _____ mL IM **OU** Vaqta _____ mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Havrix _____ mL IM **OU** Vaqta _____ mL IM (6 mois après dose 1)

Initiales _____

Hépatite B (HB) vaccins inactivés (usager IMMUNOCOMPÉTENT au moment de la vaccination)

_____ Dose 1 Engerix-B (20 mcg/mL) 1 mL IM **OU** Recombivax-HB (10 mcg/mL) 1 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Engerix-B (20 mcg/mL) 1 mL IM **OU** Recombivax-HB (10 mcg/mL) 1 mL IM (4 semaines après dose 1)

Initiales _____

_____ Dose 3 Engerix-B (20 mcg/mL) 1 mL IM **OU** Recombivax-HB (10 mcg/mL) 1 mL IM (5 mois après dose 2)

Initiales _____

Hépatite B (HB) vaccins inactivés (usager IMMUNODÉPRIMÉ au moment de la vaccination)

_____ Dose 1 Engerix-B (20 mcg/mL) 2 mL IM **OU** Recombivax-HB (40 mcg/mL) 1 mL IM x 1

Initiales _____

_____ Dose 2 Engerix-B (20 mcg/mL) 2 mL IM **OU** Recombivax-HB (40 mcg/mL) 1 mL IM (4 semaines après dose 1)

Initiales _____

_____ Dose 3 Engerix-B (20 mcg/mL) 2 mL IM **OU** Recombivax-HB (40 mcg/mL) 1 mL IM (5 mois après dose 2)

Initiales _____

La pharmacie sert le vaccin fourni par la Santé Publique selon les conditions du programme d'immunisation du Québec

* Vaccin non disponible au formulaire d'établissement. Si usager hospitalisé, prévoir vaccination en externe au congé.

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du médecin	# permis
☐ Fax envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

Annexe 1

Particularités et indications pour chaque vaccin dans un contexte d'immunodépression

Diphtérie-tétanos (dT) et Diphtérie-coqueluche-tétanos (dcaT)

Considérer l'usager protégé si :

- A reçu la primo-vaccination à l'enfance (4 doses, dont au moins 1 après l'âge de 4 ans OU 3 doses, si la première a été reçue après l'âge de 4 ans) ET a reçu une dose de rappel unique à l'âge adulte à partir de 50 ans.

Notes : 1. L'adulte qui rapporte une vaccination selon le calendrier régulier à l'enfance a besoin d'un rappel unique à 50 ans. Les rappels de vaccination dT chaque 10 ans ne sont plus recommandés.
2. La dose de rappel de la composante coqueluche acellulaire à l'âge adulte n'est plus recommandée. Administre une dose dcaT seulement à l'adulte jamais vacciné contre la coqueluche.

Rougeole-rubéole-oreillons (RRO)

Considérer l'usager protégé si :

- A reçu 1 dose du vaccin RRO si né avant 1980 OU a reçu 2 doses du vaccin RRO si né depuis 1980;
- Sérologie positive.

Contre indiqué si : Traitement immunodépresseur débuté ou si prévu dans moins de 4 semaines.
Tuberculose active et non traitée.

Varicelle (Var)

Considérer protégé si :

- Histoire de varicelle après l'âge d'un an (histoire convaincante autodéclarée ou diagnostic établi par un médecin);
- Histoire de zona, peu importe l'âge;
- Preuve écrite de vaccination :
 - 1 dose si reçue entre l'âge de 1 an et 12 ans
 - 2 doses si reçues à l'âge de 13 ans et plus;
- Sérologie VZV positive (la sérologie VZV est recommandée avant la vaccination pour la personne non vaccinée âgée de 13 à 49 ans ayant une histoire négative ou douteuse de la varicelle).

Contre-indiqué si : Traitement immunodépresseur débuté ou prévu dans moins de 6 semaines.
Tuberculose active et non traitée.

Note : Si indication de vaccin RRO et varicelle, un vaccin RRO-Var peut être utilisé.

Influenza (Inf injectable)

Indication : Toutes les personnes, annuellement de novembre à mars.

Pneumocoque (Pneu-C 20)

Indication : Toute personne non précédemment vaccinée avec Pevnar 20 et n'ayant pas reçu un autre vaccin pneumococcique dans l'année précédente.

Note : Le vaccin polysaccharidique (Pneumovax) n'est plus recommandé chez l'immunodéprimé.

Zona (Zona-SU)

Indication : Toute personne non précédemment vaccinée.

Notes : 1. Quoi qu'il ne soit pas recommandé de faire une sérologie avant la vaccination, chez la personne qui aurait une sérologie varicelle négative, il est recommandé d'administrer le vaccin varicelle. Si celui-ci est contre-indiqué, le vaccin Shingrix devrait être donné.
2. Il est recommandé d'attendre 1 an après un épisode de zona ou d'une dose antérieure de Zostavax.

Annexe 1 (suite)

***Haemophilus influenzae* type b (Hib)**

Indication : Toute personne non précédemment vaccinée.

Virus du papillome humain (VPH)

Indication : Personne âgée entre 18 à 45 ans et jamais vaccinée.

Notes :

1. Le vaccin est inclus dans le programme de gratuité pour la personne âgée entre 18 à 45 ans;
2. Si immunocompétent lors de la vaccination, utiliser un calendrier de 2 doses de Gardasil-9 (0 et 6 mois);
3. Si immunodéprimé à la vaccination, utiliser un calendrier de 3 doses de Gardasil-9, aux mois 0, 2 et 6;
4. Le vaccin peut être administré chez une personne qui a déjà contracté une infection par un VPH ou qui a déjà eu une lésion liée à une infection par un VPH (p. ex. : condylomes au test de dépistage anormal), car l'immunité est spécifique au VPH contracté et n'est pas toujours acquise après une infection naturelle. La vaccination aidera alors à prévenir les nouvelles infections.

Méningocoque (Vaccin quadrivalent-Men-C-ACWY ET Men-B)

Indication : - Personne avec asplénie anatomique, à risque d'asplénie fonctionnelle ou qui prend de l'éculizumab;
- Déficience en complément, en properdine, facteur D ou facteur H;
- Déficience congénitale en anticorps.

Note : L'immunodépression seule n'est pas une indication de recevoir les vaccins contre le méningocoque.

COVID-19

Indication : Toutes les personnes.

Notes :

1. Les vaccins à ARNm (Spikevax de Moderna ou Comirnaty de Pfizer) sont à privilégier;
2. La série vaccinale primaire si administrée chez l'immunocompétent est de 1 dose;
3. La série vaccinale primaire si administrée chez l'immunodéprimé est de 2 doses données à 4 semaines d'intervalle;
4. Une dose de rappel de vaccin bivalent est recommandée 6 à 8 mois après la dernière dose.
5. Le vaccin Comirnaty est préféré jusqu'à 29 ans en raison du risque moindre de myocardite;
6. Les vaccins COVID-19 ARNm peuvent être administrés en même temps, ou à n'importe quel moment avant ou après un vaccin inactivé, un vaccin vivant atténué ou un TCT.

Hépatite A (HA)

Indication : - Maladie chronique du foie;
- HARSAH, PUDI, détenus, autres indications selon le PIQ.

Notes :

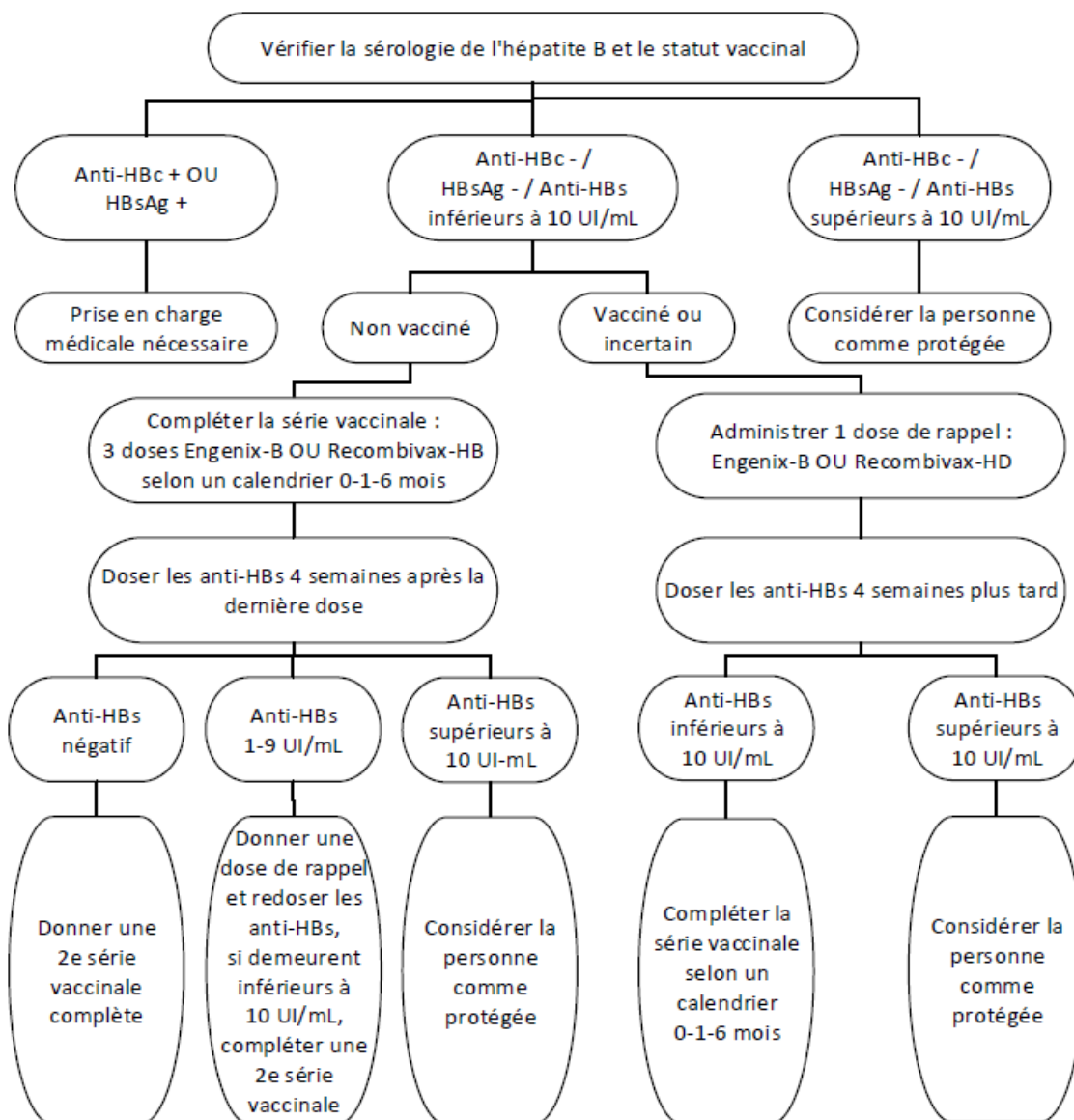
1. Si la personne est âgée de 18 ou 19 ans, utiliser 0,5 mL Havrix ou 0,5 mL Vaqta.
 - Si immunocompétent à la vaccination, administrer 1 dose.
 - Si immunodéprimé à la vaccination, administrer 2 doses (0 et 5 mois).
2. Si la personne est âgée de 20 ans et plus, utiliser le schéma à 2 doses (0 et 5 mois)
 - Si immunocompétent à la vaccination : 1^{ère} dose avec 1 mL Havrix ou 1 mL Vaqta et 2^e dose avec 0,5 mL Havrix ou 0,5 mL Vaqta;
 - Si immunodéprimé à la vaccination : 1^{ère} et 2^e dose avec 1 mL Havrix ou 1 mL Vaqta.

Annexe 1 (suite)

Hépatite B (HB)

Indications : Toutes les personnes, selon l'algorithme ci-dessous.

- Notes :
1. Chez l'immunocompétent, utiliser la dose standard, soit Engerix-B (20 mcg/mL) 1 mL IM ou Recombivax-HB (10 mcg/mL) 1 mL IM. Considéré immunocompétent si l'administration se fait au moins 2 semaines avant le début du traitement immunodépresseur;
 2. Chez l'immunodéprimé, utiliser la dose majorée, soit Engerix-B (20 mcg/mL) 2 mL IM ou Recombivax-HB (40 mcg/mL) 1 mL IM;
 3. Chez les immunodéprimés à risque élevé d'exposition à l'hépatite B, un dosage annuel des anti-HBs peut être considéré.



Annexe 2

LISTE DE MÉDICAMENTS immunodépresseurs

- Corticostéroïdes :
 - Prise systémique, durée supérieure ou égale à 2 semaines et dose supérieure à 20 mg/jour de prednisone (ou son équivalent)
- Agents de rémission classiques, peu importe la dose :
 - Méthotrexate, leflunomide, azathioprine, 6-mercaptopurine, mycophénolate mofétil
 - Ne sont pas inclus : hydroxychloroquine et sulfasalazine
- Agents biologiques et autres nouveaux agents de rémission :
 - Anti-TNF : infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol
 - Inhibiteur du protéasome, notamment bortezomid
 - Anti-CD-19 et anti-CD20, notamment rituximab, ocrelizumab, obinutuzumab
 - Anti-CD52 : alemtuzumab
 - Inhibiteurs de tyrosine kinase, notamment imatinib, dasatinib, ibrutinib, ruxolitinib, tofacitinib
 - Inhibiteur d'interleukine, notamment anti-IL1, anti-IL6, anti-IL 12/23, anti-IL17
 - Inhibiteur de complément : éculizumab (seulement pour vaccination contre le méningocoque)
 - Modulateur du récepteur sphingosine-1 : fingolimob (risque accru de zona)
- Médicaments anti-rejet ;
 - Inhibiteur de calcineurine : tacrolimus, cyclosporine
 - Inhibiteur de mTOR, notamment sirolimus, everolimus
- Agents de chimiothérapie

PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Il est important de mettre à jour la vaccination avant le début du traitement immunodépresseur.
2. Il faut respecter un intervalle minimal entre vaccination et immunodépression.
 - a. Vaccins inactivés (dT, dcaT, Zona-SU, VPH, HB, Pneu-C, Hib, Men, COVID-19)
 - i. Au moins 2 semaines pour une efficacité maximale
 - ii. Les vaccins inactivés demeurent indiqués même si ce délai n'est pas respecté et si le traitement immunodépresseur a débuté
 - b. Vaccins à virus vivant atténué (RRO, varicelle)
 - i. 4 semaines (6 semaines pour le vaccin varicelle)
 - ii. Les vaccins vivants sont contre-indiqués chez les usagers immunodéprimés
 - iii. NB : Ils doivent être administrés 4 semaines ou plus avant le test cutané à la tuberculine (TCT), en même temps ou n'importe quand après le TCT.
3. Il faut mettre à jour la vaccination des contacts familiaux
4. La plupart des vaccins sont offerts gratuitement, à l'exception du vaccin contre les VPH chez les personnes de 45 ans et plus. Le cas échéant, vérifier si l'usager a des assurances privées ou la capacité de payer.
5. Si, après vérification auprès de l'usager, de son carnet et du registre de vaccination, l'histoire vaccinale demeure inconnue, considérer l'usager comme étant non vacciné.
6. Pour chaque vaccin, les indications de vaccination sont présentes à l'annexe 1. Consulter le PIQ pour plus d'information.