



DT9434

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES APRÈS UNE VACCINATION

Acheminer à la DSP de votre région

Date de vaccination		
Année	Mois	Jour

À l'usage de la DSP
N° « ESPRI »

N° d'assurance maladie				
Nom et prénom de l'utilisateur				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (numéro, rue)				
Ville			Code postal	
Nom du parent				
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (bureau)	N° de poste

CONSIGNES POUR REMPLIR LE RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES

- 1- Signaler uniquement les manifestations cliniques survenues après l'administration d'un vaccin et qui ne peuvent être clairement attribuées à une ou des conditions co-existantes et tenir compte des définitions proposées. **Il n'est pas nécessaire d'établir une relation de cause à effet entre l'immunisation et les manifestations cliniques. La soumission d'un rapport ne met pas nécessairement en cause le vaccin.**
Inscrire **tous les vaccins** administrés lors de la séance de vaccination.
- 2- Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin.
- 3- Inscrire l'intervalle entre l'administration du ou des vaccins et l'apparition de la manifestation clinique principale motivant la déclaration (en minutes, heures ou jours). Noter la **DURÉE** de la manifestation clinique principale dans la section **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**.
- 4- Fournir au besoin tous les renseignements pertinents dans la section **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, notamment : diagnostics du médecin, résultats des tests diagnostiques ou de laboratoire, traitements à l'hôpital et diagnostics au moment du congé lorsque la personne vaccinée a été hospitalisée à cause des manifestations cliniques rapportées. Si on le juge indiqué, des photocopies des dossiers originaux peuvent être soumises. On précisera la sévérité des manifestations (**LÉGER** : ne nuit pas aux occupations régulières, **MODÉRÉ** : nuit aux occupations régulières, **GRAVE** : empêche les occupations régulières).
- 5- Fournir des renseignements pertinents sur les antécédents médicaux qui se rapportent aux manifestations cliniques signalées, par exemple : antécédents d'allergie, épisodes antérieurs ou maladies concomitantes.

VACCINS								
Vaccin(s) administré(s)	Dose (1 ^{re} , 2 ^e , 3 ^e , etc.)	Site	Voie	Quantité	Fabricant	Numéro de lot		
Intervalle entre la vaccination et le début de la manifestation clinique principale motivant la déclaration						Minutes	Heures	Jours

MANIFESTATIONS CLINIQUES	
Ne pas signaler les manifestations cliniques clairement attribuables à une infection ou à une autre cause.	
<p>FIÈVRE (température la plus élevée enregistrée)</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 40,5 °C (105 °F)</p> <p><input type="checkbox"/> 39,0-40,4 °C (102,2-104,9 °F)</p> <p><input type="checkbox"/> Température jugée très élevée mais non mesurée (doit être accompagnée d'autres symptômes)</p> <hr/> <p>RÉACTIONS LOCALES AU SITE D'ADMINISTRATION</p> <p><input type="checkbox"/> ABCÈS INFECTÉ (cocher un ou deux des éléments ci-dessous)</p> <p><input type="checkbox"/> Coloration de gram ou culture positive</p> <p><input type="checkbox"/> Écoulement purulent avec signes d'inflammation</p> <p><input type="checkbox"/> Sans écoulement, avec signes d'inflammation</p> <p><input type="checkbox"/> ABCÈS STÉRILE/NODULE (aucun signe d'infection)</p> <p>Durant plus d'un mois et mesurant plus de 2,5 cm de diamètre</p> <p><input type="checkbox"/> Culture non faite <input type="checkbox"/> Culture négative</p> <p><input type="checkbox"/> RÉACTION LOCALE IMPORTANTE (cocher un ou plusieurs éléments ci-dessous)</p> <p><input type="checkbox"/> Qui dure 4 jours ou plus</p> <p><input type="checkbox"/> Qui s'étend au-delà de l'articulation la plus proche</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> CELLULITE*</p> <p>Infection cutanée avec prescription d'antibiotiques</p>	<p>MANIFESTATIONS CLINIQUES SYSTÉMIQUES</p> <p><input type="checkbox"/> CHOC ANAPHYLACTIQUE*</p> <p>Dans les 30 minutes suivant l'immunisation, associé habituellement à une réaction allergique et évoluant rapidement vers un collapsus cardiovasculaire. Requiert l'administration d'adrénaline</p> <p><input type="checkbox"/> ALLERGIE (cocher un ou plusieurs éléments ci-dessous)</p> <p><input type="checkbox"/> Anaphylaxie (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire due à un bronchospasme</p> <p><input type="checkbox"/> Œdème au niveau de la bouche ou de la gorge</p> <p><input type="checkbox"/> Œdème au visage ou généralisé</p> <p>Manifestations cutanées prurigineuses (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> Urticaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre manifestation cutanée avec prurit</p> <p><input type="checkbox"/> Autre allergie (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> ÉRUPTION CUTANÉE (sans prurit marqué)</p> <p>Qui dure 4 jours ou plus (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée</p> <p>Qui dure < 4 jours (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée</p>

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

MANIFESTATIONS CLINIQUES (suite)	
<p>MANIFESTATIONS CLINIQUES SYSTÉMIQUES (suite)</p> <p><input type="checkbox"/> ADÉNOPATHIE GRAVE (cocher l'un des éléments ci-dessous) <input type="checkbox"/> Tuméfaction ganglionnaire sans écoulement <input type="checkbox"/> Tuméfaction ganglionnaire avec écoulement (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> ARTHRALGIE/ARTHRITE Douleur ou inflammation articulaire qui dure au moins 24 heures S'il s'agit d'une poussée évolutive d'une maladie préexistante, fournir les détails dans la section « renseignements complémentaires »</p> <p><input type="checkbox"/> VOMISSEMENTS ET/OU DIARRHÉES GRAVES Doivent être assez sévères pour nuire aux activités quotidiennes</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPISODE D'HYPOTONIE-HYPORÉACTIVITÉ (enfant < 2 ans seulement) Présence de toutes les caractéristiques suivantes : i : diminution/perde généralisée du tonus musculaire ET ii : baisse du niveau de conscience ou perte de conscience ET iii : pâleur ou cyanose. Ne devrait pas être confondu avec un évanouissement, un choc vagal, un état post-convulsif, une anaphylaxie ou un état léthargique dû à la fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> ÉPISODE DE CRIS OU PLEURS PERSISTANTS Inconsolable pendant 3 heures ou plus OU type de pleurs vraiment anormal pour l'enfant</p>	<p>SIGNES NEUROLOGIQUES (suite)</p> <p><input type="checkbox"/> ANESTHÉSIE/PARESTHÉSIE* Qui dure plus de 24 heures (décrire dans la section « renseignements complémentaires ») <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée</p> <p><input type="checkbox"/> PARALYSIE* (ne pas cocher si syndrome de Guillain et Barré déjà coché) <input type="checkbox"/> Paralysie des membres <input type="checkbox"/> Paralysie faciale ou des nerfs crâniens (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> SYNDROME DE GUILLAIN ET BARRÉ* Diminution progressive et subaiguë de la force musculaire de plus d'un membre (habituellement symétrique) avec hyporéflexie/aréflexie</p> <p>DIVERS</p> <p><input type="checkbox"/> PAROTIDITE Glande(s) parotide(s) tuméfié(es) douloureuse(s) ou sensible(s)</p> <p><input type="checkbox"/> THROMBOCYTOPÉNIE* (inscrire le résultat de l'analyse dans la section « renseignements complémentaires »)</p> <p><input type="checkbox"/> SYNDROME OCULO-RESPIRATOIRE (SOR) (selon les définitions de surveillance)</p> <p><input type="checkbox"/> INVAGINATION INTESTINALE* (selon les définitions de surveillance)</p>
<p>SIGNES NEUROLOGIQUES</p> <p><input type="checkbox"/> CONVULSIONS* <input type="checkbox"/> Fébriles <input type="checkbox"/> Afébriles <input type="checkbox"/> Ne sait pas Ne pas tenir compte des évanouissements, convulsions qui surviennent en dedans des 30 minutes qui suivent l'immunisation, ni des convulsions qui entrent dans le cadre d'une encéphalopathie ou d'une méningite/encéphalite Antécédents personnels de convulsions : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Antécédents inconnus <input type="checkbox"/> Type inconnu <input type="checkbox"/> Fébriles <input type="checkbox"/> Afébriles</p> <p><input type="checkbox"/> ENCÉPHALOPATHIE* Apparition rapide d'une condition neurologique grave caractérisée par au moins deux des signes suivants : i : convulsions ii : changement marqué dans le niveau de conscience ou l'état mental (comportement et/ou personnalité) qui dure 24 heures ou plus iii : signes neurologiques en foyer qui persistent pendant plus de 24 heures</p> <p><input type="checkbox"/> MÉNINGITE ET/OU ENCÉPHALITE* Résultats anormaux du LCR et installation rapide de : i : fièvre avec raideur de la nuque ou signes d'atteinte méningée OU ii : signes et symptômes d'encéphalopathie (voir ENCEPHALOPATHIE ci-dessus) (inscrire le résultat de l'analyse du LCR dans la section « renseignements complémentaires »)</p>	<p>AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES GRAVES OU INHABITUELLES</p> <p><input type="checkbox"/> Inclure toute manifestation clinique susceptible d'être associée à l'immunisation, qui ne peut être classée dans aucune des catégories énumérées ci-dessus ni être clairement reliée à une autre cause. Signaler les manifestations cliniques présentant un intérêt clinique et pour lesquelles il faut consulter un médecin, en particulier celles qui (une seule est suffisante) : i : sont mortelles ii : menacent le pronostic vital iii : requièrent une hospitalisation iv : entraînent une incapacité permanente Formuler sous forme de diagnostic :</p>

ÉVOLUTION DES MANIFESTATIONS CLINIQUES AU MOMENT DU RAPPORT (veuillez transmettre toute information subséquente)						
<input type="checkbox"/> Récupération	<input type="checkbox"/> Séquelle (décrire)	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Pas encore rétabli	<input type="checkbox"/> Décès	Date du décès	Année Mois Jour

CONSULTATION MÉDICALE (urgence, clinique externe, clinique médicale, etc.)	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	(Si oui, inscrire les détails pertinents du traitement dans la section « renseignements complémentaires »)

HOSPITALISATION À LA SUITE DE L'APPARITION DES MANIFESTATIONS CLINIQUES										
Un séjour de moins de 24 heures n'est pas une hospitalisation			Date d'admission	Année	Mois	Jour	Date de sortie	Année	Mois	Jour
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas								

REPLI PAR (s.v.p. remplir en lettres moulées)						
Nom et prénom		Nom de l'établissement		Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
Adresse de l'établissement (numéro civique, rue, ville, province)					Code postal	
Profession		Signature		Date	Année	Mois Jour
Personne vaccinée informée d'un appel possible de la DSP :				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Indiquer toute information pertinente dans cette section, en particulier la durée de l'incident et sa gravité, médicaments pertinentes, antécédents, etc. en précisant la date de mise à jour (année, mois, jour).

Durée totale des manifestations	Minutes	Heures	Jours	Gravité du cas	<input type="checkbox"/> Léger	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Grave

NOTES – Réservé à la Direction de santé publique

Suivi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Terminé		Registre décisionnel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inactivé			Conduite – Signalement <input type="checkbox"/> Retenu et déclaration au fichier ESPRI <input type="checkbox"/> Non retenu		
Recommandations pour immunisations futures selon les meilleures pratiques fédérales/provinciales/territoriales (décrire dans la section « renseignements complémentaires » si l'espace est insuffisant)							
<input type="checkbox"/> Aucun changement au calendrier vaccinal				<input type="checkbox"/> Référence à un spécialiste, préciser :			
<input type="checkbox"/> Déterminer titre d'anticorps protecteurs				<input type="checkbox"/> Prochaine immunisation en milieu contrôlé			
<input type="checkbox"/> Pas d'autres immunisations avec :				, préciser :			
<input type="checkbox"/> Suivi actif de récurrence après le prochain vaccin				<input type="checkbox"/> Autre, préciser :			
Commentaires							
Nom du professionnel		Statut professionnel		Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Date (A, M, J)
Renseignements supplémentaires après la déclaration initiale (décrire dans la section « renseignements complémentaires »)							
<input type="checkbox"/> Vaccin administré sans MCI				<input type="checkbox"/> Vaccin administré, autre MCI observée	<input type="checkbox"/> Vaccin n'a pas été administré		
<input type="checkbox"/> Vaccin administré avec récurrence de MCI				<input type="checkbox"/> Vaccin administré sans renseignement sur MCI			
Nom de la personne ressource à la DSP				Signature		Date	Année Mois Jour