



DT9497

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom et prénom de l'utilisateur					
Nom et prénom de la mère					
Nom et prénom du père (optionnel)					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
			Expiration		
Adresse (N°, rue)					
Ville				Code postal	

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Usager apte de 14 ans ou plus

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° téléphone

Cellulaire Travail

Adresse courriel :

Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte

Personne autorisée selon sa déclaration (nom, prénom) :

Adresse courriel :

Mandataire Représentant légal Curateur Curateur public Conjoint (marié, union civile ou de fait) Proche parent
 Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier Autorité parentale

Ind. rég. N° de téléphone résidence Ind. rég. Autre N° téléphone

Cellulaire Travail

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION*

	ÉLÉMENTS À VALIDER PAR LE VACCINATEUR	OUI	NON	S.O ou NSP	PRÉCISION
1.	Problèmes de santé L'utilisateur présente-t-il des symptômes compatibles avec la COVID-19? A-t-il remarqué un changement récent dans son état de santé? L'utilisateur a-t-il déjà eu un test positif pour la COVID-19? L'utilisateur a-t-il une condition de santé qui nécessite un suivi médical ou une prise régulière de médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Immunodépression L'utilisateur prend-t-il des médicaments immunodépresseurs? Est-il immunodéprimé ou atteint d'une maladie auto-immune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Réactions antérieures L'utilisateur a-t-il déjà fait une réaction importante suivant l'administration d'un vaccin ou d'un autre produit ayant nécessité une visite à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Grossesse Si l'utilisateur est une femme, est-elle actuellement enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Trouble de la coagulation L'utilisateur souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'un trouble de la coagulation (ex. : thrombose, thrombocytopenie) nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Produits immunisants ou sanguins L'utilisateur a-t-il reçu du plasma d'utilisateurs convalescents de la COVID-19 ou des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 dans les 90 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Pour connaître les contre-indications et les précautions, veuillez-vous référer à la section *Vaccin contre la COVID-19 du Protocole d'immunisation du Québec*.

Légende: S.O : Sans objet
NSP : Ne s'applique pas

RAISON D'ADMINISTRATION (par ordre de priorité)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01 - COVID-19 - Résident en CHSLD public ou privé | <input type="checkbox"/> 04 - COVID-19 - Travailleur de la santé |
| <input type="checkbox"/> 02 - COVID-19 - Résident en RPA | <input type="checkbox"/> 05 - COVID-19 - Maladie chronique |
| <input type="checkbox"/> 03 - COVID-19 - Femme enceinte | <input type="checkbox"/> 06 - COVID-19 - Autres raisons |

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

CONSENTEMENT/DÉCISION

- Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir postvaccinale ont été donnés à l'utilisateur ou à son représentant légal.
- Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec ont été communiquées à l'utilisateur ou à son représentant légal.
- Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.
- Un temps de surveillance de 30 minutes sera observé après la vaccination.

DÉCISION

- | | |
|---|---|
| L'utilisateur ou son représentant légal : | Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé : |
| <input type="checkbox"/> Consent à la vaccination contre la COVID-19 | <input type="checkbox"/> Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé |
| <input type="checkbox"/> Refuse la vaccination contre la COVID-19 | |
| <input type="checkbox"/> Consentement obtenu lors de l'administration de la première dose | |
| <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas | |

CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :

- Usager Mandataire Représentant légal Curateur Curateur public Proche parent
- Conjoint (marié, union civile ou de fait) Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier Autorité parentale

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

Nom du professionnel :

PROFESSION Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

N° de permis : Signature du professionnel :

CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)

Nom du témoin :	Date	Année	Mois	Jour
Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique:	Date	Année	Mois	Jour

DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ (à compléter si non saisi dans SI-PMI en temps réel)

Primovaccination Dose de rappel Autres _____

Date (année, mois, jour)	Heure (00:00) de vaccination	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration	Site d'administration
					Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche

INFORMATION SUR LE VACCINATEUR

Nom du vaccinateur : Profession :
 Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

N° de permis : Lieu de vaccination (LDS) : Signature du vaccinateur :

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du vaccinateur)

Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin : Profession : N° de permis :
 Infirmière auxiliaire Autre, précisez : _____

Notes