

Formulaire de consentement à l'immunisation d'un adulte

Nom : _____ Adresse du domicile : _____
N° de tél. : (domicile) _____ (bureau) _____
Date de naissance : _____ / _____ / _____ N° d'identification personnelle (NIP) de Santé Manitoba (9 chiffres) _____

Antécédents médicaux fournis par : Client Fournisseur de soins de santé Subrogé légal
1. Vous sentez-vous bien aujourd'hui? Oui Non (Si non, veuillez préciser) : _____ Date : _____
2. Avez-vous des allergies? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____ Date : _____
3. Avez-vous des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____
4. Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'un quelconque état de santé (infection au VIH, maladie de la rate, transplantation d'organes, etc.)? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____

Remarque : Si vous suivez un traitement (p. ex. stéroïdes, chimiothérapie, radiothérapie), veuillez en informer le personnel infirmier ou le médecin.

5. Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____
6. Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous l'être d'ici un mois? Oui Non s. o.

*Signature du subrogé légal : _____ Date : _____

Avis : Les données relatives aux immunisations que vous recevez (vous ou vos enfants, le cas échéant) pourraient être conservées dans le registre d'immunisation provincial. Ce registre permet à votre fournisseur de soins de santé de savoir quels vaccins votre enfant ou vous-même avez reçus ou devriez recevoir. Les données recueillies dans le registre d'immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d'immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu'une immunisation a été manquée. Santé, Aînés et Vie active Manitoba peut utiliser ces renseignements dans le but d'évaluer l'efficacité de différents vaccins en matière de prévention des maladies. La *Loi sur les renseignements médicaux personnels* protège les renseignements vous concernant. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles pour les fournisseurs de soins de santé. Pour plus de renseignements, veuillez vous adresser à votre bureau de la santé publique local afin de discuter avec une infirmière de la santé publique (www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html).

Cette partie doit être remplie par la personne qui administre les vaccins :

Consentement verbal :

Le subrogé légal a été informé des avantages et des risques associés aux vaccins offerts à la personne susmentionnée et consent à ce que cette personne soit immunisée à la date suivante : _____

Le subrogé légal a accepté de remplir le *Formulaire de consentement à l'immunisation d'un adulte* qui lui a été fourni et de l'envoyer, une fois dûment rempli, à la personne qui administre les vaccins.

Signature de la personne qui administre les vaccins : _____ Date : _____

Le ou les vaccins suivants seront administrés : cochez les cases correspondantes (✓)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dT – Diphtérie et tétanos | <input type="checkbox"/> VPI – Vaccin antipoliomyélitique inactivé |
| <input type="checkbox"/> RRO – Rougeole, rubéole, oreillons | <input type="checkbox"/> RAGE (série de doses) |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A (série de doses) | <input type="checkbox"/> IgRH – Immunoglobuline antirabique humaine |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B (série de doses) | <input type="checkbox"/> IgHB – Immunoglobuline anti-hépatite B |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A et B (série de doses) | <input type="checkbox"/> Antiméningococcique (conjugué ou polysaccharidique) |
| <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Antipneumococcique (conjugué ou polysaccharidique) | <input type="checkbox"/> Typhoïde (voie orale ou injection) |
| <input type="checkbox"/> Choléra | <input type="checkbox"/> dTca – Diphtérie, tétanos, coqueluche (vaccin acellulaire) |

Autre : _____ Autre : _____

Actions connexes effectuées – Inscrivez vos initiales et la date le cas échéant :

Feuilles de renseignements fournies et lues Date : _____ Nécessité de signaler les effets secondaires expliquée Date : _____
Réponses aux questions et aux préoccupations Date : _____ Autre : _____
Fiche d'immunisation remise au client Date : _____ Antécédents médicaux documentés Date : _____

Cette partie doit être remplie par la personne qui administre les vaccins :

Nom du client : _____ NIP : _____

Fiche d'immunisation : Le ou les vaccins indiqués ci-dessous ont été administrés :

Vaccin	N° de série	Fabricant	N° de lot	Lieu d'injection	Voie	Dose	Date a/m/j	Signature de la personne qui a administré le vaccin	Saisie des données	Initiales du commis

Test de sensibilité cutané à la tuberculine

Test Mantoux	Date de l'injection	N° de lot	Dose/Voie/Lieu	Initiales	Date de lecture	Positif	Négatif	Initiales

Renseignements supplémentaires

Date	Notes (inclure les refus de vaccination)	Signature

Conseils importants sur l'immunisation :*Avant*

- ✓ Suivez les recommandations du fabricant pour l'entreposage et la manipulation des vaccins.
- ✓ Vérifiez les indications et les contre-indications.
- ✓ S'assurer que le protocole de Santé Manitoba en matière d'anaphylaxie en milieu non hospitalier est à portée de main.
- ✓ S'assurer que la trousse d'anaphylaxie est prête et à portée de main.
- ✓ S'assurer qu'il y a un téléphone à portée de main en cas d'urgence.

Après

- ✓ Remplir les documents d'immunisation (formulaire de consentement, fiche d'immunisation, dossier du client).
- ✓ S'assurer que la personne vaccinée reste sous surveillance pendant 15 minutes après avoir reçu le vaccin.
- ✓ Entrer les renseignements sur les vaccins administrés en facturant Santé Manitoba (médecins et cliniques médicales) ou utiliser Panorama (personnel de la santé publique).
- ✓ Fournir au client ou à son subrogé légal les numéros de téléphone à appeler en cas de questions ou d'inquiétudes après la vaccination.

Documents de référence sur l'immunisation destinés aux professionnels de la santé :

Version la plus récente du *Guide canadien d'immunisation* du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI).
 Version la plus récente du livre intitulé *Les vaccins : Avoir la piqûre pour la santé de votre enfant* de la Société canadienne de pédiatrie.
 Version la plus récente du livre intitulé *Red Book — Report Committee on Infectious Diseases* de l'American Academy of Pediatrics.
 Les relevés des maladies transmissibles au Canada (RMTC) de Santé Canada.
 Les Morbidity and Mortality Weekly Reports (MMWR) publiés par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

Sites Web portant sur l'immunisation destinés aux professionnels de la santé et au public :

Santé Manitoba – Direction de la santé publique
www.gov.mb.ca/health/publichealth/index.fr.html

Santé Canada – Division de l'immunisation et des maladies respiratoires
<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsp/dird-dimr/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention aux É.-U. :
 National Immunization Program
<http://www.cdc.gov/nip/default.htm>

Organisation mondiale de la santé :
 Vaccination, vaccins et produits biologiques
www.who.int/immunization/fr