

Consentement pour les doses de vaccin contre la COVID-19 - Tous les individus âgés de 6 mois et plus

Les renseignements démographiques et d'administration des vaccins inclus dans ce formulaire ont été vérifiés et validés par un deuxième clinicien (autre que l'immunisateur) au site d'immunisation afin de s'assurer et de documenter l'exhaustivité et l'exactitude de tous les dossiers d'immunisation. Une fois remplis, tous les formulaires administratifs en format papier doivent être envoyés au moyen du service Xpresspost de Postes Canada, soit la méthode d'expédition la plus sécuritaire. Ces formulaires doivent être glissés dans une enveloppe, dont le rabat sera scellé et sur lequel l'expéditeur apposera ses initiales. Il faut ensuite envoyer les enveloppes par la poste à l'adresse suivante :

a/s de l'Équipe de saisie des données
Ministère de la Santé, GNB Place HSBC
520, rue King, réception du 4e étage Fredericton, N.-B. E3B 5G8

Chaque fois que vous envoyez une enveloppe par la poste, vous devez envoyer un courriel à l'adresse Phisisp@gnb.ca pour en aviser le personnel et fournir les renseignements suivants :

- Nombre de formulaires administratifs inclus dans l'enveloppe.
- Numéro de suivi de l'enveloppe.

L'équipe chargée de la saisie des données vous enverra une réponse lorsqu'elle aura reçu l'enveloppe.

Remarque : Ces formulaires d'administration n'ont pas besoin d'être remplis pour les vaccins antigrippaux administrés par les pharmaciens qui saisissent les renseignements sur l'immunisation dans leur Système d'information sur les médicaments (SIM) ou par les médecins/infirmières praticiennes qui soumettent la facturation à l'assurance-maladie.

Section 1 Renseignements personnels

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------|--|--------------------------------|-------------|
| Nom | | Prénom | | Numéro d'assurance maladie | | Date de naissance (AAAA-MM-JJ) | |
| Téléphone à domicile | | Téléphone cellulaire | | Adresse de courriel | | | |
| Adresse du domicile | | | | Ville | | Province | Code postal |
| Genre | | Est-ce votre première, votre deuxième, votre troisième ou votre dose de rappel? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre | | <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e (immunodéprimés) <input type="checkbox"/> Dose de rappel <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e Quelle est la date de votre dernière dose ? (AAAA-MM-JJ) | | | | | |
| Cocher tout ce qui s'applique | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Résident d'un établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autochtone – Membre d'une Première Nation | | | | | | | |
| Si vous êtes un professionnel de la santé, veuillez indiquer à droite: <input type="checkbox"/> Réseau de santé Vitalité <input type="checkbox"/> Réseau de santé Horizon <input type="checkbox"/> EM/ANB <input type="checkbox"/> Pratique privée <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser | | | | | | | |
| À remplir par le personnel de la clinique Clinic location (*où le client reçoit son vaccin) | | | | | | | |

Section 2 Renseignements sur la santé de la personne qui reçoit le vaccin (utilisez le verso du formulaire si vous avez besoin de plus d'espace)

***vaccinateurs : veuillez passer en revue toute feuille d'information s'appliquant au vaccin avec la personnes en voie d'être immunisée.**

Non Oui Cette personne a-t-elle déjà eu une infection à la COVID-19 ? Si oui, veuillez indiquer quand les symptômes ont commencé ou la date des résultats positifs du test. _____ (AAAA/MM/JJ)
Après une infection à la COVID-19, il est fortement recommandé d'attendre 8 semaines pour commencer ou terminer série primaire. Cet intervalle peut être raccourci à 4 semaines pour les personnes considérées comme modérément à sévèrement immunodéprimées. Si vous avez eu une infection récente et que vous réservez une dose de rappel, le temps d'attente recommandé est de 5 mois (minimum de 3 mois) après votre dernière dose de vaccin OU la date de votre infection par le COVID-19 (la plus récente des deux).

Non Oui Cette personne a-t-elle déjà reçu des traitements liés à une infection par la COVID-19, tels que des anticorps monoclonaux ou Plasma de convalescence ? Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle le traitement a été donné : (JJ-MM-AAAA).
Il est recommandé de ne pas administrer de vaccins contre la COVID-19 aux patients qui reçoivent des anticorps monoclonaux (p. ex. Evusheld) ou du plasma de convalescents. Consultez un fournisseur de soins de santé.

Non Oui Cette personne se sent-elle malade aujourd'hui ou présente-t-elle des symptômes de la COVID-19 ?
Il est recommandé que les symptômes d'une maladie aiguë se soient résorbés et que le patient ne soit plus contagieux avant la vaccination.

Non Oui Cette personne a-t-elle déjà eu une réaction grave à un vaccin précédent (y compris non covid) ou à l'un des composants du vaccin (ex. : trométhamine, polysorbate 80 ou polyéthylène glycol [PEG], kanamycine, carbénicilline) ou à des médicaments administrés par injection ou par voie intraveineuse dans le passé? Si oui, veuillez décrire
Selon l'allergie, il est possible de recevoir un vaccin contre la COVID-19. On pourrait vous demander d'attendre plus longtemps dans la clinique après avoir reçu le vaccin.

Non Oui Cette personne a-t-elle des conditions ou des problèmes avec son système immunitaire, a-t-elle été diagnostiquée avec une maladie auto-immune ou prend-il des médicaments ou des perfusions intraveineuses qui affectent le système immunitaire ?
Il se pourrait que vous deviez recevoir d'autres doses en raison de la réaction de votre système immunitaire au vaccin. Consultez votre fournisseur de soins de santé.

Non Oui Cette personne prend-elle des médicaments, comme des anticoagulants (anticoagulants) ou souffre-t-elle d'un trouble de la coagulation ?
Les personnes peuvent être vaccinées en toute sécurité sans l'arrêt de leur traitement anticoagulant

Non Oui Cette personne a-t-elle été diagnostiquée avec l'une des conditions de caillot sanguin suivantes : thrombocytopénie immunitaire (PTI), veineuse thromboembolique (TEV), thrombose avec syndrome de thrombocytopénie (STT) après vaccination ou fuite capillaire Syndrome (SLC) ? Si oui, décrivez les recommandations conseillées par votre fournisseur de soins de santé.
Les personnes ayant souffert d'une thrombose accompagnée du syndrome de la thrombocytopénie (TST) ou du syndrome de fuite capillaire (SFC) ne doivent pas recevoir d'autres vaccins à vecteur viral. Pour ces problèmes de santé, les vaccins à ARNm sont privilégiés et une consultation avec un fournisseur de soins de santé doit avoir eu lieu. Ces personnes ne doivent pas recevoir de dose subséquente d'un vaccin à vecteur viral contre la COVID-19.

Non Oui Cette personne est-elle enceinte ? Non__ Oui__ Cette personne allaite-t-elle ?
 N/A *La grossesse augmente vos risques de complications de la COVID-19. Il n'y a pas de préoccupations en matière de sécurité indiquées pour les femmes enceintes et qui allaitent. Les vaccins à base d'ARNm sont sécuritaires et privilégiés.*

Non Oui Cette personne a-t-elle déjà souffert d'une inflammation du cœur ou de la paroi externe du cœur (myocardite/péricardite) après une dose précédente d'un vaccin COVID-19. Si oui, décrivez les recommandations données par votre fournisseur de soins de santé.
 N/A *Il est possible de recevoir un vaccin à base d'ARNm après avoir souffert d'une myocardite ou d'une péricardite. Une consultation avec un fournisseur de soins de santé doit avoir eu lieu.*

Non Oui L'enfant a-t-il eu une maladie connue sous le nom de MIS-C (syndrome inflammatoire multisystémique) ? La vaccination doit être différée jusqu'à la récupération clinique a été atteinte ou jusqu'à ce qu'il se soit écoulé ≥ 90 jours depuis le diagnostic, selon la plus longue des deux.
 N/A

Non Oui Cette personne a-t-elle récemment subi un test cutané à la tuberculine (TST) ou un test de libération d'interféron gamma (IGRA) ?
 N/A *Si un test cutané à la tuberculine ou un test de libération d'interféron-gamma est requis, il doit être administré et interprété avant l'administration de vaccins ou retardé d'au moins quatre semaines après l'administration de vaccins.*

Non Oui L'enfant a-t-il reçu un autre vaccin non COVID (vivant ou non vivant) au cours des 14 derniers jours ?
 N/A *Les enfants âgés de 6 mois à 5 ans qui reçoivent Moderna 25mcg doivent attendre 14 jours entre les produits vaccinaux (vivants et non vivants) lors de l'administration des vaccins contre la COVID-19.*

Non Oui Cette personne s'est-elle déjà sentie mal ou s'est-elle évanouie après une vaccination ou une intervention médicale antérieure ?
 N/A

Section 3 Consentement

Pour les doses du vaccin contre la COVID-19, votre consentement confirme ce qui suit :

- J'ai lu l'information qu'on m'a donnée concernant le vaccin contre la COVID-19 et je consens à ce qu'on m'administre les doses recommandées, basée sur les recommandations de la Santé publique.
- J'ai pris connaissance des avantages du vaccin contre la COVID-19 et des réactions possibles, ainsi que des risques de ne pas se faire immuniser.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions et de discuter de mes préoccupations concernant le vaccin contre la COVID-19.
- Je comprends que je peux retirer à tout moment mon consentement en informant le fournisseur de soins de santé qui administre le vaccin contre la COVID-19.
- Je confirme que j'ai l'autorité légale de consentir à cette immunisation.

| | | |
|--|---|-------------------|
| Nom de la personne qui donne son consentement (en caractères d'imprimerie) | Signature de la personne qui donne son consentement | Date (AAAA-MM-JJ) |
|--|---|-------------------|

Lien avec la personne qui donne le consentement : Parent (légalement autorisé à fournir le consentement) Tuteur/représentant juridique

Remarque : cette section est réservée au bureau seulement

| Veuillez vérifier la dose et encercler le vaccin administré : | | Numéro du lot Date d'expiration | Site | Voie | Posologie (ml) | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure | Nom en caractères d'imprimerie et signature du du vaccinateur |
|---|---|------------------------------------|---|-----------------------------|----------------|-------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} | <input type="checkbox"/> 2 ^e | | | | | | | |
| dose *rappel : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e | | | <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche | <input type="checkbox"/> IM | | | | |
| Moderna Spikevax AstraZeneca | | | | | | | | |
| Pfizer-BioNTech Comirnaty Janssen | | | | | | | | |
| Novavax Nuvaxovid | | | | | | | | |

Remarque : cette section est réservée au bureau et doit seulement être utilisée pour les doses de vaccins donnés EN SÉRIE PRIMAIRES POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 5 À 11 ANS SEULEMENT

| Veuillez vérifier la dose pédiatrique du vaccin administré : | | Numéro du lot Date d'expiration | Site | Voie | Posologie (ml) | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure | Nom en caractères d'imprimerie et signature du du vaccinateur |
|--|---|------------------------------------|---|-----------------------------|----------------|-------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} | <input type="checkbox"/> 2 ^e | | | | | | | |
| Pfizer-BioNTech Comirnaty | | | <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche | <input type="checkbox"/> IM | | | | |
| Moderna Spikevax 6-11 ans - Bouchon rouge (0.20 mg/mL) | | | | | | | | |

Cette section est destinée à un usage professionnel et ne doit être utilisée que pour les DOSES DE LA SÉRIE PRIMAIRE DONNÉES AUX PERSONNES ÂGÉES DE 6 MOIS À 5 ANS

| Veuillez vérifier la dose pédiatrique du vaccin administré : | | Numéro du lot Date d'expiration | Site | Voie | Posologie (ml) | Date (AAAA/MM/JJ) | Heure | Nom en caractères d'imprimerie et signature du du vaccinateur |
|--|---|------------------------------------|---|-----------------------------|----------------|-------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} | <input type="checkbox"/> 2 ^e | | | | | | | |
| *** Moderna Spikevax - 6 mois à 5 ans mois Bouchon bleu (0.10 mg/mL) | | | <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche | <input type="checkbox"/> IM | 0.25 ml | | | |

* Les vaccins à ARNm sont les choix recommandés pour tous les doses rappels. Novavax peut être administré. Janssen n'est pas recommandé. Les professionnels de la santé doivent consulter le Guide de la clinique de vaccination contre la COVID-19 du Nouveau-Brunswick pour obtenir de plus amples renseignements sur les recommandations des doses de rappels.

** Pour les personnes immunodéprimés ayant besoin d'une 3e dose seulement. Non destiné aux boosters. Pfizer est le choix recommandé pour les personnes âgées de 5 à 29 ans.

*** Pour les nourrissons/enfants âgés de 6 mois à 4 ans et 11 mois, seul le vaccin de la série primaire Moderna Spikevax 25 mcg est autorisé pour le moment. A l'âge de 5 ans, il existe deux vaccins COVID-19 autorisés. Seulement les bouchons bleus doivent être utilisés pour ce groupe d'âge. Les professionnels de la santé doivent consulter le Guide sur la vaccination contre la COVID-19 pour les vaccinateurs et les fournisseurs du Nouveau-Brunswick pour plus d'informations.

Si vous décidez de fournir tous les renseignements demandés dans le formulaire, il est important de savoir que leur inclusion constitue un consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels. La collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels sont protégées par la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée, la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé et toute autre disposition législative, mesure réglementaire et politique applicable.

Pour en savoir davantage sur vos droits en matière de protection de la vie privée, veuillez consulter le site suivant : gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/LoisSante/AvisProtectionRenseignementPersonnels.pdf