



**DEPISTAGE POUR LE VACCIN
CONTRE LA COVID-19 ET
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Date (aaaa/mm/jj) :

Emplacement de la clinique/nom de l'établissement :

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Prénom :					Nom de famille :		
Date de naissance :	Année	Mois	Jour	Âge	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Autre
N° de la carte Santé					Courriel :		
Adresse :					Code postal :		Téléphone principal :

QUESTIONS DE DÉPISTAGE

Avez-vous des symptômes de COVID-19 ou vous sentez-vous malade aujourd'hui? Oui Non

Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (par exemple une anaphylaxie) à une dose antérieure d'un vaccin à ARNm contre la COVID, à l'un de ses composants ou à son contenant? Oui Non

Avez-vous une hypersensibilité présumée ou avez-vous eu une réaction allergique immédiate (cela inclut une réaction allergique survenue dans les 4 heures qui a provoqué de l'urticaire, un gonflement ou une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante) à :

- Une dose antérieure d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19 Oui Non
- Tout composant du vaccin à ARNm contre la COVID-19 (y compris le polyéthylène glycol [PEG])** Oui Non
- Polysorbate (en raison d'une hypersensibilité potentielle à une réaction croisée avec le PEG, ingrédient du vaccin)** Oui Non

Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (par ex. anaphylaxie) ou immédiate à tout autre vaccin ou traitement injectable? (cela inclut une réaction allergique survenant dans les 4 heures et provoquant une urticaire, un gonflement ou une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante) Oui Non

Avez-vous déjà eu une réaction allergique sévère (par exemple, une anaphylaxie) non liée à des vaccins ou à des médicaments injectables – les allergies à la nourriture, aux animaux, au venin, environnementales, au latex, etc.? Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours? Oui Non

Vous êtes enceinte ou vous allaitez? Oui Non

Avez-vous des problèmes avec votre système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent affecter votre système immunitaire (par ex. stéroïdes à haute dose, chimiothérapie)? Oui Non

Avez-vous une maladie auto-immune? Oui Non

Avez-vous un trouble de la coagulation ou prenez-vous des médicaments qui pourraient affecter la coagulation du sang (par exemple, des anticoagulants)? Oui Non

Avez-vous déjà eu un malaise ou un évanouissement après une vaccination ou une intervention médicale? Oui Non

CONSENTEMENT ET COLLECTE D'INFORMATION

Pour les personnes recevant un vaccin à ARNm différent pour leur deuxième dose après avoir reçu Pfizer BioNTech ou

Moderna : Le même produit vaccinal à ARNm contre la COVID-19 doit être proposé pour la deuxième dose d'une série vaccinale commencée avec un vaccin à ARNm contre la COVID-19, s'il est disponible dans la clinique. Si le vaccin à ARNm contre la COVID-19 utilisé pour la première dose n'est pas facilement disponible en clinique ou est inconnu, un autre produit vaccinal à ARNm contre la COVID-19 peut être considéré comme interchangeable et sera proposé pour compléter la série vaccinale. Vous serez informé du vaccin proposé avant de recevoir la dose **Je reconnais avoir lu et compris la déclaration ci-dessus.**

Pour les personnes choisissant de recevoir un vaccin à ARNm après le vaccin AstraZeneca contre la COVID-19 :

Les personnes qui ont reçu l'AstraZeneca pour leur première dose peuvent choisir de recevoir soit l'AstraZeneca pour leur deuxième dose, soit un vaccin à ARNm. Un intervalle d'administration entre huit et douze semaines est sûr et démontre une réponse immunitaire favorable. Il existe des preuves qu'un intervalle plus long entre deux doses du vaccin AstraZeneca (comme un intervalle de 12 semaines) offre une protection plus élevée

Je reconnais avoir lu et compris ces informations.

J'ai lu ou on m'a lu la fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19 de la municipalité régionale de York (York Region Public Health). Je comprends les avantages et les effets secondaires possibles du vaccin et je sais que certaines personnes figurant sur la fiche d'information ne doivent pas recevoir le vaccin contre la COVID-19. J'ai eu l'occasion d'obtenir des réponses à mes questions de la part d'un représentant du lieu/de l'établissement de la clinique.

Je consens à recevoir le vaccin contre la COVID-19

Reconnaissance de la collecte, de l'usage et de la divulgation de renseignements personnels sur la santé

Les renseignements personnels sur la santé contenus dans ce formulaire sont recueillis dans le but de vous fournir des soins et de créer un dossier d'immunisation à votre sujet, et parce qu'ils sont nécessaires à l'administration du programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario. Ces informations seront utilisées et divulguées à ces fins, ainsi qu'à d'autres fins autorisées et requises par la loi. Par exemple, elles seront divulguées au médecin hygiéniste en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsque la divulgation est nécessaire aux fins de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Et elles peuvent être divulguées, dans le cadre de votre dossier médical électronique provincial, aux prestataires de soins de santé qui vous fournissent des soins. Les informations seront stockées dans un système de dossiers médicaux sous la garde et le contrôle du ministère de la Santé.

Je reconnais avoir lu et compris la déclaration ci-dessus.

Vous pouvez être contacté à des fins liées au vaccin COVID-19 (par exemple, pour vous rappeler les rendez-vous de suivi et vous fournir une preuve de vaccination).

Je consens à recevoir des communications de suivi par courriel ou texte/message texte

Consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche

Vous avez la possibilité de consentir à être contacté par des chercheurs relativement à la participation à des travaux de recherche sur le vaccin contre la COVID-19. Si vous consentez à être contacté, vos renseignements médicaux personnels seront utilisés pour déterminer quels travaux de recherche pourraient s'appliquer à vous, et votre nom et vos coordonnées seront divulgués aux chercheurs. Le consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche ne signifie pas que vous avez consenti à participer aux travaux de recherche eux-mêmes.

La participation est facultative. Vous pouvez refuser de consentir à être contacté relativement aux travaux de recherche sans que cela n'affecte votre admissibilité à recevoir le vaccin contre la COVID-19. Si vous consentez à être contacté au sujet d'études de recherche, puis changez d'avis, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant le ministère de la Santé à l'adresse Vaccine@ontario.ca.

Je consens à être contacté relativement aux travaux de recherche sur le vaccin contre la COVID-19 :

par courriel par texto/message texte par téléphone par courrier

Je ne consens pas à être contacté relativement aux travaux de recherche sur la COVID-19

Signature du client :

La date de signature :

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR LÉGAL/SUBROGÉ –

Requis pour les jeunes et les adultes qui ne sont pas en mesure de donner leur propre consentement

Le cas échéant : Nom et prénom du parent/tuteur légal/subrogé :

Le cas échéant : Signature du parent/tuteur légal/subrogé :

La date de signature :

Réservé à la clinique : Remplissez cette section si l'administration du vaccin n'est pas saisie dans COVAX

Nom et prénom du client :		DDN du client :	
Nom du produit COVID-19 :		N° de lot	
N° du lot de diluant <input type="checkbox"/> S/O	Dose : <input type="checkbox"/> 0,3 ml <input type="checkbox"/> 0,5 ml <input type="checkbox"/> Autre :		
Route et site anatomique : <input type="checkbox"/> IM – Deltoïde droit <input type="checkbox"/> IM – Deltoïde gauche <input type="checkbox"/> IM – Autre :			
Date de l'administration (aaaa/mm/jj) :		Heure :	
N° de la dose : <input type="checkbox"/> Un <input type="checkbox"/> Deux		MCI après avoir reçu la dose actuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Raison de l'immunisation :			
<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé	<input type="checkbox"/> Autre population prioritaire	<input type="checkbox"/> Communauté autochtone	
<input type="checkbox"/> Résident SLD	<input type="checkbox"/> MR : Travailleur de la santé	<input type="checkbox"/> Habitation collective : résident	
<input type="checkbox"/> SDL : Travailleur de la santé	<input type="checkbox"/> MR : non-employé	<input type="checkbox"/> Personnel habitation collective	
<input type="checkbox"/> SLD non-employé autre	<input type="checkbox"/> Âge avancé : résidence communautaire	<input type="checkbox"/> Habitation collective : fournisseur de soins essentiels	
	<input type="checkbox"/> Adulte recevant des soins en raison d'une maladie chronique	<input type="checkbox"/> MR : travailleur de la santé	
Raison de la documentation papier :			
<input type="checkbox"/> Pas de consentement pour la saisie dans COVax	<input type="checkbox"/> COVax non disponible	<input type="checkbox"/> autre _____	
Nom complet et titre de l'agent vaccinateur :			
Signature de l'agent vaccinateur :			
Compléter ci-dessous si l'immunisation n'a pas été donnée			
Raison pour laquelle l'immunisation n'a pas été donnée :			
<input type="checkbox"/> L'immunisation est contre-indiquée			
<input type="checkbox"/> Décision du personnel soignant de reporter temporairement l'immunisation Inadmissible pour des raisons médicales			
<input type="checkbox"/> Le client a retiré son consentement			
<input type="checkbox"/> Le personnel soignant recommande l'immunisation mais le client ne donne pas son consentement Âge inférieur à l'âge minimum de la monographie			
Pour usage ACI/interne seulement pour documenter la saisie des données post-cliniques dans COVax, le cas échéant		Date/heure saisie (usage interne seulement)	Nom imprimé (usage interne seulement)