

Consentement pour les doses de vaccin contre la COVID-19 - enfants, jeunes et adultes

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	
Téléphone à domicile	Téléphone cellulaire	Adresse de courriel			
Adresse du domicile			Ville	Province	Code postal
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	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"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e <input type="checkbox"/> 3 ^e (immunodéprimés)		
	<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Dose de rappel <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e À quelle date avez-vous reçu la plus récente 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.

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne a-t-elle déjà eu une infection à la COVID-19? Si oui, veuillez indiquer à quel moment les symptômes ont commencé ou la date du résultat positif au test de dépistage, et décrivez les traitements reçus (anticorps monoclonaux ou plasma de convalescents).
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne se sent-elle malade aujourd'hui ou ressent-elle des symptômes de la COVID-19?
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne a-t-elle des allergies, y compris une allergie à tout composant du vaccin (y compris trométhamine, polysorbate 80 ou polyéthylène glycol [PEG]) ou à un médicament administré par injection ou par voie intraveineuse dans le passé? Si oui, décrivez :
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne a-t-elle une affection du système immunitaire ou des problèmes immunitaires, a-t-elle reçu un diagnostic de maladie auto-immune, ou prend-elle des médicaments ou reçoit-elle des perfusions IV qui affectent son système immunitaire? (Énumérez toutes les conditions, s'il y en a plus d'une.) Si oui, décrivez :
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne prend-elle des médicaments, comme des anticoagulants (médicaments éclaircissant le sang), ou souffre-t-elle d'un trouble hémorragique? Si oui, décrivez :
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne a-t-elle reçu un diagnostic de caillots sanguins à faible taux de plaquettes après un vaccin contre la COVID-19 ou a-t-elle des antécédents de caillot sanguin dans le cerveau (thrombose des sinus veineux cérébraux) ou les plaquettes basses (thrombocytopenie) ou la thrombocytopenie induite par l'héparine (TIH)?
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne a-t-elle déjà reçu un diagnostic de syndrome de fuite capillaire?
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne est-elle enceinte? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Cette personne allaite-t-elle?
<input type="checkbox"/> N/A	

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

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne a-t-elle déjà ressenti des effets secondaires graves après l'administration d'un vaccin autre qu'un vaccin contre la COVID-19 ou à la suite de l'administration d'une dose d'un vaccin contre la COVID-19, y compris une myocardite et/ou péricardite (Pfizer ou Moderna)? Si oui, décrivez :
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cette personne s'est-elle déjà sentie faible ou s'est-elle déjà évanouie après une vaccination ou une intervention médicale?
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Le cas échéant, s'il s'agit d'une personne immunodéprimée admissible à recevoir une troisième dose, est-ce que cette personne a rempli un formulaire d'attestation?
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cet enfant a-t-il reçu a-t-elle reçue un autre vaccin au cours des 14 derniers jours? Dans l'affirmative, le vaccin contre la COVID-19 ne doit pas être administré en concomitance avec d'autres vaccins (vivants ou non vivants). La période d'attente minimale entre les vaccins est de 14 jours.
<input type="checkbox"/> N/A	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Cet enfant a-t-il reçu une affection connue sous le nom de MIS-C (syndrome inflammatoire multisystémique)? La vaccination doit être reportée jusqu'à ce que la récupération clinique ait été atteinte ou jusqu'à ce qu'elle ait été ≥ 90 jours suivant le diagnostic, selon la période la plus longue.
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> **3 ^e	dose *rappel : <input type="checkbox"/> 1 ^{er} <input type="checkbox"/> 2 ^e							
Moderna Spikevax	AstraZeneca		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM				
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 <input type="checkbox"/> **3 ^e								
Pfizer-BioNTech Comirnaty			<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	0.2 ml			

Remarque : cette section est réservée au bureau et doit seulement être utilisée pour les doses de vaccins donnés aux EN SÉRIE PRIMAIRES POUR LES PERSONNES ÂGÉES DE 6 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 <input type="checkbox"/> **3 ^e								
Moderna Spikevax***			<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras 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.

***Moderna pédiatrique ne doit être administré que dans des circonstances particulières pour les enfants immunodéprimés et non pour les séries primaires de routine. 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.