

Déclaration d'admissibilité au vaccin contre la COVID-19 – problèmes de santé complexes ciblés

Certains patients sont admissibles à la vaccination précoce en fonction d'une sélection de problèmes de santé complexes. Les personnes souffrant d'au moins un des problèmes de santé ci-dessous peuvent s'inscrire en ligne ou par téléphone auprès d'une régie régionale de la santé pour se faire vacciner.

Les Néo-Brunswickois âgés de **12 ans ou plus** souffrant d'un des problèmes de santé suivants, documentés ou diagnostiqués par leur fournisseur de soins de santé, sont admissibles au vaccin contre la COVID-19 (Pour les enfants de moins de 16 ans, le parent ou le tuteur doit prendre un rendez-vous pour un vaccin de Pfizer-BioNTech et consentir à la vaccination) :

(Veuillez cocher toutes les situations qui s'appliquent et apporter la présente déclaration signée lors de votre rendez-vous.)

- Personnes atteintes de certains cancers ou recevant actuellement l'un des traitements suivants :
 - chimiothérapie active
 - radiothérapie radicale pour un cancer des poumons
 - cancers du sang et de la moelle osseuse, y compris les greffes
 - Immunothérapie/traitements à base d'anticorps
 - traitements ciblés contre le cancer (inhibiteurs de protéine kinase ou de PARP)
- Personnes atteintes d'immunodéficience combinée grave (IDCG), de drépanocytose ou du SIDA
- Personnes souffrant de problèmes importants de la rate ou ayant subi une splénectomie
- Personnes ayant reçu une greffe d'organe plein (le cœur, les poumons, le foie et les reins);
- Personnes sous dialyse ou souffrant d'une maladie rénale chronique de stade 5
- Personnes atteintes du syndrome de Down
- Femmes enceintes
- Personnes souffrant de maladies respiratoires graves, notamment :
 - fibrose pulmonaire
 - fibrose kystique
 - maladie pulmonaire interstitielle
 - bronchectasie
 - stéroïdes systémiques
- Personnes souffrant de problèmes respiratoires ou neuromusculaires nécessitant une assistance respiratoire
 - ventilation
 - oxygène à domicile
- les personnes, selon les directives de leur fournisseur de soins de santé primaires, en raison de cas exceptionnels de :
 - troubles d'apprentissage ou de développement graves et profonds;
 - maladies mentales graves (schizophrénie, bipolaire, déficience fonctionnelle grave).

Avant de vous inscrire, veuillez compléter la déclaration.

Vous ne pouvez prendre un rendez-vous pour ce groupe que si vous êtes admissible.

Je certifie par la présente que je souffre des problèmes médicaux que j'ai indiqués ci-dessus, qui ont été documentés ou diagnostiqués par mon fournisseur de soins de santé, et que, à ma connaissance, les renseignements sur lesquels cette certification est fondée sont véridiques et exacts.

Apportez la présente déclaration signée lors de votre rendez-vous.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Si vous êtes le mandataire spécial ou le représentant légal d'une personne recevant le vaccin qui est incapable de certifier l'information ci-dessus, veuillez compléter la section ci-dessous :

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Les informations recueillies dans ce formulaire seront utilisées afin de prendre les dispositions nécessaires pour la vaccination contre la COVID-19. Les professionnels et organismes impliqués dans la vaccination contre la COVID-19 sont tenus au respect de la confidentialité, conscients de leur obligation de protéger les informations personnelles de santé et ont pris toutes les mesures pour assurer une cueillette, utilisation, et divulgation sécuritaire. Si vous avez des questions relatives à la vie privée vous pouvez envoyer un courriel à : Cpobpvp@gnb.ca