

# Déclaration d'admissibilité au vaccin contre la COVID-19 – deux problèmes de santé chroniques ou plus

Certains patients sont admissibles à la vaccination précoce en fonction d'une sélection de problèmes de santé complexes. À moins d'indication contraire, les personnes âgées de 12 et plus souffrant de maladies qui figurent dans au moins deux des catégories numérotées ci-dessous peuvent se faire vacciner auprès d'une régie régionale de la santé (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.)

## 1 Maladies cardiaques

- Haute pression artérielle/hypertension artérielle (avec médicaments sous ordonnance)
- Crise cardiaque/angine de poitrine
- Insuffisance cardiaque congestive (fluide autour du cœur)
- Myocardiopathie (problèmes avec le muscle du cœur)
- Arythmie (rythme du cœur irrégulier)
- Maladie des valvules cardiaques ou intervention chirurgicale
- Cardiopathies congénitales
- Toute chirurgie cardiaque

## 2 Accident vasculaire cérébral

## 3 Maladies neurologiques chroniques

- Démence/maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Maladie de Huntington
- Ataxie
- Infirmité motrice cérébrale
- Épilepsie/crises épileptiques
- Traumatisme médullaire/paraplégie/quadruplégie
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA), myasthénie grave
- Syndrome de Guillain-Barré
- Sclérose en plaques
- Dystrophie musculaire
- Trouble envahissant du développement, lésions cérébrales graves qui entraînent des difficultés à suivre les mesures de santé publique

## 4 Maladies respiratoires chroniques\*

- Asthme (si prise régulière de médicaments ou usage fréquent d'une pompe)
- Maladies respiratoires professionnelles
- Maladie pulmonaire obstructive chronique/bronchite chronique/emphysème
- Hypertension pulmonaire

\*Remarque : les personnes atteintes de maladies respiratoires *graves* (fibrose kystique, fibrose pulmonaire, maladie pulmonaire interstitielle, bronchectasie, nécessitant une ventilation ou de l'oxygène à domicile ou un traitement par stéroïdes systémiques) sont prioritaires, peu importe si elles souffrent d'autres problèmes de santé.

**5 Diabète sucré**

- Contrôlé avec des médicaments ou de l'insuline

**6 Maladies du rein chroniques**

- Maladies glomérulaires
- Maladie polykystique des reins
- Maladie chronique des reins, stade 3 à 5

**7 Maladies du foie chroniques**

- Hépatite virale chronique
- Hépatite auto-immune
- Cholangite biliaire primitive
- Cholangite sclérosante primaire
- Hémochromatose
- Maladie de Wilson
- Carence en alpha 1-antitrypsine
- Fibrose/cirrhose du foie

**8 Obésité morbide (IMC  $\geq$  40)**

- Le nomogramme de l'indice de masse corporelle (IMC) - Canada.ca
- Calculateur de l'indice de masse corporelle (IMC) - Diabetes Canada (en anglais seulement)

**9 Infection à VIH**

- Prise de médicaments

**10 Personnes recevant un traitement immunosuppresseur (non lié à la dose)**

Veillez noter que les personnes immunodéprimées atteintes d'un cancer, ayant reçu une greffe d'organe plein (le cœur, les poumons, le foie et les reins); de cellules souches hématopoïétiques ou de moelle osseuse, ou souffrant d'immunodéficience congénitale sont prioritaires, peu importe si elles souffrent d'autres problèmes de santé.

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

Avant de vous inscrire, veuillez signer la déclaration suivante.

Je certifie par la présente que je souffre des problèmes médicaux que j'ai indiqués ci-dessus, qu'ils ont été documentés ou diagnostiqués par mon fournisseur de soins de santé, que j'ai 16 ans et plus, et que, à ma connaissance, les renseignements sur lesquels cette certification est fondée sont véridiques et exacts.

\_\_\_\_\_  
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

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

**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](mailto:Cpobpvp@gnb.ca)**