

DIRECTIVES:

S'il vous plaît, remplir ce formulaire pour signaler les événements qui ont un lien temporel avec un vaccin et qui ne peuvent être clairement attribués à d'autres causes.

Il n'est pas nécessaire de prouver l'existence d'une relation de cause à effet, et le fait de présenter une déclaration ne suppose en rien l'existence d'une telle relation.

S'il vous plaît, indiquer quel type d'événement est signalé par un "✓":

- De nature grave** (*décès, met la vie en danger, hospitalisation, incapacité, anomalie congénitale, important sur le plan médical*)
- Nécessitent des soins médicaux d'urgence** (*n'a pas entraîné d'hospitalisation*)
- Inhabituel ou inattendu** (*ne correspondant pas aux renseignements et à l'étiquetage sur le produit*), peu importe sa gravité
- Autre** (*sans effet grave ou prévu*)

Un ESSI doit être rapporté au Nouveau-Brunswick et il doit être déclaré à un médecin hygiéniste par écrit, **dans la semaine qui suit son identification** (*Loi sur la santé publique, chapitre P-22.4; Règlement 2009-141 du Nouveau-Brunswick*).

REMARQUE: Les numéros ci-dessous correspondent aux numéros des sections du formulaire.

Indiquer s'il s'agit d'une déclaration initiale ou d'une déclaration de suivi (en haut, à droite de la deuxième page du formulaire).

3. Consigner tout renseignement tel qu'indiqué dans le tableau. Dans la section «N° de dose», indiquer le nombre dans la série vaccinale (1, 2, 3, ou 4) si connu. En temps normal, pour le vaccin antigrippal, à moins que le client reçoive deux doses dans une saison, le N° de dose doit être consigné comme «1».
6. Préciser le niveau de soins obtenus, les résultats et toutes les enquêtes à la section 9. Si le client s'est rétabli au moment de la déclaration, indiquer la date de son rétablissement. Si la réaction a duré >d'une heure, mais < d'un jour, indiquer également le délai de rétablissement précis. Pour tous les cas d'hospitalisation, indiquer les dates d'admission et de congé.
8. Choisir, à la section 8 (détails sur les ESSI), la description qui correspond le mieux aux ESSI déclarés. S'assurer de consigner la date et l'heure d'apparition du premier symptôme/signe.
9. Consigner à la section 9, tout renseignement supplémentaire concernant l'évènement; la durée de tous les symptômes, les résultats de l'enquête, les commentaires ainsi que toute autre information pertinente.
10. Cette section doit être remplie par le MH ou une personne désignée qui formulera des recommandations en matière de santé publique.
MH : médecin hygiéniste; MD: médecin; ISP: infirmière en santé publique.

Tous les éléments signalés par un astérisque (*) dans le formulaire doivent être diagnostiqués par un médecin.

Pour des directives plus détaillées, s'il vous plaît, consulter le guide de l'utilisateur du formulaire de déclaration des ESSI et le guide d'interprétation et de définitions cliniques à l'adresse suivante:

http://www.gnb.ca/0053/public_health/health_professionals-f.aspx

Une fois rempli, le formulaire doit être retourné à votre bureau local de santé publique:

Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 4	Zone 5	Zone 6	Zone 7
Moncton 81, rue Albert Bureau 300, (N.-B.) E1C 1B3 Tél. : 506-856-2401 Téléc. : 506-856-2623	Saint John 55, rue Union C.P. 93 (N.-B.) E2L 3X1 Tél. : 506-658-5188 Téléc. : 506-643-7894	Fredericton 300, rue St. Mary's local 1200 (N.-B.) E3B 5H1 Tél. : 506-453-5200 Téléc. : 506-444-4877	Edmundston 121, rue de l'Église bureau 330 (N.-B.) E3V 1J9 Tél. : 506-735-2065 Téléc. : 506-735-3142	Campbellton 6, rue Arran 1 ^{er} étage (N.-B.) E3N 1K4 Tél. : 506-789-2266 Téléc. : 506-789-2349	Tracadie-Sheila 3520, rue Principale Place-Tracadie (N.-B.) E1X 1C9 Tél. : 506-394-3888 Téléc. : 506-394-3858	Miramichi 1780, rue Water bureau 300, (N.-B.) E1N 1B6 Tél. : 506-778-6102 Téléc. : 506-778-6611

RAPPORT DES EFFETS SECONDAIRES À LA SUITE D'UNE IMMUNISATION (ESSI)

1. N° d'identification provincial							
2. Identification du client							
Prénom:		Nom de famille:		N° Assurance maladie:		Date de naissance: AAAA / MM / JJ	
Adresse:		Ville:		Code postal:		Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Source de l'information		Nom de famille:			Lien avec le client:		
Coordonnées, si différentes:							
Nom du médecin du client:				Adresse:		N° de téléphone:	
3. Information sur le vaccin							
Province où l'immunisation a eu lieu: _____				Date de l'administration du vaccin: AAAA / MM / JJ (h: am/pm)			
Agent immunisant	Nom commercial	Fabricant	N° de lot	N° de dose	Posologie/Unité	Voie d'adm.	Site
					/		
					/		
					/		
4. Erreurs d'immunisation				5. ESSI antérieurs			
Ces ESSI sont-ils survenus à la suite d'une erreur d'immunisation? <input type="radio"/> Oui (Si Oui, cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 9) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Vaccin donné en dehors des limites d'âge recommandées <input type="checkbox"/> Produit périmé <input type="checkbox"/> Mauvaise dose <input type="checkbox"/> Mauvais vaccin administré <input type="checkbox"/> Mauvaise voie d'administration <input type="checkbox"/> Autre, préciser: _____				Des ESSI sont-ils survenus après l'administration de doses précédentes de l'un des produits immunisants indiqués ci-dessus? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (Préciser à la section 9) <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Ne s'applique pas (aucune dose antérieure)			
6. Niveau de soins et résultats (Préciser à la section 9)							
6a. Plus haut niveau de soins obtenus: <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Consultation téléphonique d'un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Consultation non urgente <input type="checkbox"/> Consultation à l'urgence <input type="checkbox"/> Hospitalisation nécessitée: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Date de l'admission AAAA / MM / JJ Date du congé AAAA / MM / JJ				6b. Résultats au moment du rapport: <input type="checkbox"/> *Décès Date: AAAA / MM / JJ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> *Pas encore rétabli <input type="checkbox"/> *Invalidité/incapacité permanente <input type="checkbox"/> Rétablissement Date: AAAA / MM / JJ (h: am/pm) (Préciser à la section 9 pour les items identifiés *)			
6c. Traitement reçu: <input type="radio"/> Oui (Préciser ci-dessous) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu							
6d. Antécédents médicaux (jusqu'à l'apparition des ESSI) (Cocher tout ce qui s'applique et préciser ci-dessous ou joindre une copie au présent rapport) <input type="checkbox"/> Médicament(s) pris en concomitance <input type="checkbox"/> Problèmes de santé/allergies connus <input type="checkbox"/> Maladie/lésion aiguë							
7. Information sur le déclarant							
Lieu de travail: <input type="radio"/> Cabinet de médecin <input type="radio"/> Santé publique <input type="radio"/> Hôpital <input type="radio"/> Pharmacie <input type="radio"/> Autre, préciser: _____							
Nom:		Tél.: () - (poste:)		Télec.: () -			
Adresse:				Date de la déclaration au fournisseur de services: AAAA / MM / JJ			
Ville:		Province:		Code postal:		Date de la déclaration au bureau de la Santé publique: AAAA / MM / JJ	
Signature: _____ <input type="radio"/> MD <input type="radio"/> Inf. <input type="radio"/> Autre, préciser: _____							

N° d'identification provincial:	
8. Détails des ESSI: <i>Pour chaque section, cocher tous les signes/symptômes qui s'appliquent; utiliser la section 9 pour les détails cliniques et les résultats des tests. Tout élément précédé d'un astérisque (*) doit faire l'objet d'un diagnostic par un médecin.</i>	
<input type="checkbox"/> 8a. RÉACTION LOCALE près du site d'injection	Date et l'heure d'apparition du premier symptôme ou signe: AAAA / MM / JJ (h: am/pm)
<input type="checkbox"/> Abcès infecté <input type="checkbox"/> Abcès stérile <input type="checkbox"/> Cellulite <input type="checkbox"/> Nodule <input type="checkbox"/> Atteinte articulaire <input type="checkbox"/> Lymphadénite <input type="checkbox"/> Autre, préciser:	
Pour toute réaction au site d'injection indiquée ci-dessus, cocher ci-dessous toutes les cases qui s'appliquent et préciser à la section 9.	
<input type="checkbox"/> Enflure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Sensibilité <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Induration <input type="checkbox"/> Éruption <input type="checkbox"/> Diamètre le plus grand de la réaction au site d'injection: ___cm Site(s) de la réaction ___(p. ex. BG, BD) <input type="checkbox"/> Fluctuation palpable <input type="checkbox"/> Accumulation de liquide visible par imagerie (p. ex. IRM, CT, échographie) <input type="checkbox"/> Drainage spontané/chirurgical <input type="checkbox"/> Résultats microbiologiques <input type="checkbox"/> Traînées lymphangitiques <input type="checkbox"/> Adénopathie régionale	
<input type="checkbox"/> 8b. RÉACTION ALLERGIQUE ET AUTRES ÉVÈNEMENTS DE TYPE ALLERGIQUES	Date et l'heure d'apparition du premier symptôme ou signe: AAAA / MM / JJ (h: am/pm)
Cocher une seule réponse : <input type="checkbox"/> *Anaphylaxie <input type="checkbox"/> Autres ESSI allergiques <input type="checkbox"/> Syndrome oculo-respiratoire (SOR) Pour un événement choisi, cocher ci-dessous toutes les cases qui s'appliquent et préciser à la section 9:	
Peau/muqueuse	<input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Sensation de picotements <input type="checkbox"/> Éruption (<i>préciser le site de la réaction pour ces événements</i>)
	ANGIO-OEDÈME : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Luette <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/> Lèvres <input type="checkbox"/> Paupières <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Membres <input type="checkbox"/> Autre, préciser : YEUX : <input type="checkbox"/> Rougeur bilatérale <input type="checkbox"/> Rougeur unilatérale <input type="checkbox"/> Démangeaison
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Hypotension mesurée <input type="checkbox"/> ↓Pouls faible <input type="checkbox"/> Temps de remplissage capillaire >3 sec <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> ↓ou perte de conscience (Durée)_____
Respiratoire	<input type="checkbox"/> Éternuement <input type="checkbox"/> Rhinorrhée <input type="checkbox"/> Voix rauque <input type="checkbox"/> Sensation de serrement de la gorge <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Tachypnée <input type="checkbox"/> Respiration sifflante <input type="checkbox"/> Tirage/rétraction <input type="checkbox"/> Expiration laborieuse <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Mal de gorge <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> Oppression thoracique
Digestif	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement
<input type="checkbox"/> 8c. MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES	Date et l'heure d'apparition du premier symptôme ou signe: AAAA / MM / JJ (h: am/pm)
<input type="checkbox"/> *Méningite <input type="checkbox"/> *Encéphalopathie/encéphalite <input type="checkbox"/> *Syndrome de Guillain-Barré (SGB) <input type="checkbox"/> *Paralysie de Bell <input type="checkbox"/> *Autre paralysie <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> *Autre diagnostic neurologique, préciser:	
Pour toute manifestation neurologique indiquée ci-dessus, cocher ci-dessous toutes les cases qui s'appliquent et préciser à la section 9.	
<input type="checkbox"/> Diminution/altération de l'état de conscience <input type="checkbox"/> Léthargie <input type="checkbox"/> Changement de comportement pendant ≥24 heures <input type="checkbox"/> Signes neurologiques en foyer ou à foyers multiples <input type="checkbox"/> Fièvre (≥ 38°C) <input type="checkbox"/> Anomalie du LCR <input type="checkbox"/> Anomalie à l'EEG <input type="checkbox"/> Anomalie à l'EMG <input type="checkbox"/> Anomalie à la neuroimagerie <input type="checkbox"/> Anomalie histopathologique du cerveau/de la moelle épinière Détails des convulsions: <input type="checkbox"/> Observées par un professionnel de la santé: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Perte de conscience soudaine: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Généralisées (Préciser: <input type="radio"/> Toniques <input type="radio"/> Cloniques <input type="radio"/> Tonico-cloniques <input type="radio"/> Atoniques <input type="radio"/> Absences <input type="radio"/> Myocloniques) OU <input type="checkbox"/> Partielles <input type="checkbox"/> Antécédents de convulsions (Préciser: <input type="radio"/> Fébriles <input type="radio"/> Afébriles <input type="radio"/> Nature inconnue)	
<input type="checkbox"/> 8d. AUTRES ÉVÈNEMENTS	Date et l'heure d'apparition du premier symptôme ou signe: AAAA / MM / JJ (h: am/pm)
Pour tous les ESSI d'intérêt définis indiqués ci-dessous, préciser à la section 9.	
<input type="checkbox"/> Épisode hypotonique-hyporéactif (âge <2 ans): <input type="checkbox"/> Flaccidité <input type="checkbox"/> Pâleur/cyanose <input type="checkbox"/> ↓Réponse/absente	<input type="checkbox"/> *Thrombocytopénie <input type="checkbox"/> Numération plaquettaire <150 x 10⁹/L <input type="checkbox"/> Éruption pétéchiiale <input type="checkbox"/> Autres signes cliniques d'hémorragie
<input type="checkbox"/> Pleurs persistants (Pleurs constants et inchangés ≥ 3 heures)	<input type="checkbox"/> Anesthésie/Parasthésie (<input type="checkbox"/> Engourdissement <input type="checkbox"/> Picotement <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Fourmillements <input type="checkbox"/> Autre, préciser: _____) <input type="checkbox"/> Généralisée OU <input type="checkbox"/> Localisée (site)_____
<input type="checkbox"/> *Intussusception	
<input type="checkbox"/> Arthrite: <input type="checkbox"/> Rougeur articulaire <input type="checkbox"/> Chaleur de l'articulation au toucher <input type="checkbox"/> Gonflement articulaire <input type="checkbox"/> Modification inflammatoire du liquide synovial	<input type="checkbox"/> Fièvre ≥ 38°C (<i>Nota: À déclarer SEULEMENT si la fièvre est associée à un autre effet devant faire l'objet d'une déclaration. Signaler la fièvre associée à une manifestation neurologique à la section 8c.</i>)
<input type="checkbox"/> Parotidite (Enflure de la glande parotide avec douleur ou sensibilité)	<input type="checkbox"/> Autre(s) ESSI grave(s) ou inhabituels/inattendus non indiquée(s) dans le présent formulaire.
<input type="checkbox"/> Éruption (non allergique): <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée (site)_____	

N° d'identification provincial:

9. Information supplémentaire (S.V.P. utiliser cette section afin de consigner tout renseignement supplémentaire concernant l'évènement.
S.V.P. identifier le numéro approprié de la section que vous commentez)

Réservé à l'unité locale de santé publique:

10. Recommandations pour immunisations futures

(Cocher ci-dessous toutes les cases qui s'appliquent et commenter en utilisant la section 9 si l'espace est insuffisant)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun changement au calendrier vaccinal | <input type="checkbox"/> Prochaine immunisation en milieu contrôlé | <input type="checkbox"/> Autre, préciser: |
| <input type="checkbox"/> Référence à un spécialiste, préciser: | <input type="checkbox"/> Pas d'autres immunisations avec, préciser: | |
| <input type="checkbox"/> Déterminer le titre d'anticorps protecteurs | <input type="checkbox"/> Suivi actif de récurrence ESSI après le prochain vaccin | |

Nom: _____ Statut professionnel: MH ISP Autre, préciser: _____

Commentaires:

Téléphone: () - (poste:) Date: AAAA / MM / JJ Signature: _____