

À L'USAGE EXCLUSIF DES CLINIQUES

Nom du patient _____

RAISON DE L'IMMUNISATION

<input checked="" type="checkbox"/>	Raison de l'immunisation ; cochez toutes les cases qui s'appliquent	
	Je suis un résident, un membre du personnel, un soignant essentiel ou un autre employé d'un hôpital, d'un foyer de soins de longue durée ou d'un autre lieu de vie collectif pour personnes âgées.	1
	Je suis un préposé au soutien personnel, un auxiliaire médical, un membre du personnel qui étudie ou travaille dans un hôpital, ou un membre du personnel qui travaille dans une clinique dentaire ou une pharmacie.	1
	Adulte dans les populations des premières nations, métisses ou inuites	1
	Adulte bénéficiaire de soins de santé chroniques à domicile	1
	Patient âgé de 80 ans ou plus	2A
	Patient âgé de 75 à 79 ans	2B
	Patient âgé de 70 à 74 ans	2C
	Patient âgé de 65 à 69 ans	2D
	Je suis un travailleur essentiel de première ligne ou un premier intervenant (y compris le sauvetage dans les mines, les agents de sécurité, la police, les pompiers, le traitement de l'eau, etc.)	E
	Je suis enseignant et autre personnel éducatif	F
	Je fais partie du personnel de l'industrie alimentaire	G
	Personnes souffrant de maladies chroniques à haut risque et leurs aidants	H
	Aucun des éléments ci-dessus	

Formulaire de dépistage et de consentement pour le vaccin contre la COVID-19

FORMULAIRE DE DÉPISTAGE ET DE CONSENTEMENT – vaccin contre la COVID-19

Version 2.0 – 23 janvier 2021

Nom de famille		Prénom		Identification (p. ex., numéro de carte Santé)	
Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre				Clinicien en soins primaires (médecin de famille ou infirmière/infirmier praticien) :	
Téléphone (maison)	Téléphone cellulaire	Adresse courriel			
Adresse municipale			Ville	Province	Code postal
Date de naissance (mois, jour, année) ____ / ____ / ____	Âge	S'agit-il de votre première ou deuxième dose de vaccin? <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Deuxième S'il s'agit d'une deuxième dose, veuillez indiquer la date de la première : ____ / ____ / ____ (mois, jour, année)			

Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous :

<p>Avez-vous des symptômes de la COVID-19 ou vous sentez-vous malade aujourd'hui?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.
<p>Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (p. ex. anaphylaxie) à une dose antérieure de vaccin à base d'ARNm contre la COVID, à l'une de ses composantes ou à son contenant?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.
<p>Avez-vous une hypersensibilité présumée ou avez-vous eu une réaction allergique immédiate (cela comprend une réaction allergique s'étant produite dans un délai de 4 heures et ayant causé de l'urticaire, un gonflement ou une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante) à l'un des produits suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> une dose antérieure d'un vaccin à base d'ARNm contre la COVID-19 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 	Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

<ul style="list-style-type: none"> • une composante du vaccin à base d'ARNm contre la COVID-19 (y compris le polyéthylène glycol [PEG])** <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • au polysorbate (en raison d'une hypersensibilité à réaction croisée potentielle avec l'ingrédient PEG du vaccin)** <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
<p>Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (p. ex. anaphylaxie) ou une réaction allergique immédiate à tout autre vaccin ou traitement thérapeutique injectable (p. ex. des vaccins ou thérapies intramusculaires, intraveineux, ou sous-cutanés non liés à une composante des vaccins ARNm contre la COVID-19 ou à des polysorbates)? <i>(cela comprend une réaction allergique s'étant produite dans un délai de quatre heures et ayant causé de l'urticaire, du gonflement ou une détresse respiratoire, y compris une respiration sifflante)</i></p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (p. ex. anaphylaxie) non liée à des vaccins ou des médicaments injectables – pour des allergies aux aliments, aux animaux de compagnie, au venin, à l'environnement ou au latex, etc.?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>Avez-vous reçu un autre vaccin (pas un vaccin contre la COVID-19) au cours des 14 derniers jours?</p> <p><i>Le cas échéant, on vous demandera d'attendre deux semaines après avoir reçu l'autre vaccin avant de recevoir le vaccin contre la COVID-19.</i></p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte?</p> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>

<p>Allaitiez-vous actuellement?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>Avez-vous des problèmes avec votre système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent avoir un effet sur votre système immunitaire (p. ex., stéroïdes à forte dose, chimiothérapie)?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>Avez-vous une maladie auto-immune?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	
<p>Avez-vous un trouble de saignement ou prenez-vous des médicaments qui pourraient avoir un effet sur la coagulation sanguine (p. ex., anticoagulants)?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>Vous êtes-vous déjà évanoui ou avez-vous eu une sensation de faiblesse après avoir reçu un vaccin ou subi une intervention médicale?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.</p>
<p>* Les symptômes de la COVID-19 peuvent comprendre la fièvre, de la toux ou l'aggravation d'une toux chronique, l'essoufflement, la difficulté à respirer, les maux de gorge, la difficulté à avaler, la diminution ou la perte de l'odeur ou du goût, les frissons, des maux de tête, une fatigue inexplicée, des malaises ou des douleurs musculaires, des nausées/vomissements, de la diarrhée ou des douleurs abdominales, des rougeurs oculaires, un écoulement nasal ou de la congestion nasale sans autre cause connue ou – chez les personnes de plus de 70 ans – un nombre inexplicé ou accru de chutes, un déclin fonctionnel aigu, une aggravation des problèmes chroniques ou des accès de délire.</p>	<p>** Rarement, le polyéthylène glycol (PEG) peut causer des réactions allergiques. On le trouve dans des produits comme les médicaments, les produits de préparation des intestins pour la coloscopie, les laxatifs, les sirops contre la toux, les cosmétiques, les crèmes cutanées, les produits médicaux utilisés sur la peau et pendant les opérations, les dentifrices, les lentilles cornéennes et les solution pour lentilles cornéennes. Le PEG est également présent dans les aliments ou les boissons, mais on ne sait pas s'il provoque des réactions allergiques si on l'ingère avec des aliments ou des boissons. Le polysorbate peut aussi causer des réactions allergiques en raison d'une réaction croisée avec l'ingrédient PEG.</p>

Consentement à recevoir le vaccin

J'ai lu (ou quelqu'un m'a lu) le feuillet d'information sur le vaccin contre la Covid-19 et je comprends l'information.

- J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses à ma satisfaction.
- J'ai eu l'occasion de parler avec un fournisseur de soins primaires de toute considération particulière s'appliquant à moi relativement au vaccin contre la COVID-19.

Je consens à recevoir le vaccin.

Reconnaissance de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements médicaux personnels

Les renseignements médicaux personnels sur ce formulaire sont recueillis afin de vous fournir des soins et de créer un dossier d'immunisation pour vous et parce qu'il est nécessaire de le faire pour l'administration du programme de vaccination de l'Ontario contre la COVID-19. Ces renseignements seront utilisés et divulgués à cette fin et pour tout autre fin autorisée et requise par la loi. Par exemple,

- ils seront divulgués au médecin en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsque la divulgation est nécessaire pour les fins de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, et
- ils peuvent être divulgués à des fournisseurs de soins de santé qui vous prodiguent des soins, comme faisant partie de votre dossier de santé électronique.

Les renseignements seront conservés dans un système de dossiers médicaux sous la garde et le contrôle du ministère de la santé.

Lorsqu'une clinique est administrée par un hôpital, l'hôpital recueille, utilise et divulgue vos renseignements à titre d'agent du ministère de la santé.

Je reconnais que j'ai lu et que je comprends l'énoncé ci-dessus.

Vous pourriez être contacté par un hôpital, un bureau local de santé publique ou le ministère de la santé pour des fins liés au vaccin contre la Covid-19 (par exemple, pour vous rappeler des rendez-vous de suivi et pour vous fournir une preuve de vaccination. Si vous consentez à recevoir ces communications de suivi par courriel, texto/message texte, veuillez l'indiquer en cochant l'une des cases suivantes.

Je consens à recevoir les communications de suivi :

par courriel **par texto/message texte**

Consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche

De nombreux travaux de recherche seront menés relativement aux vaccins contre la COVID-19.

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 aux travaux de recherche 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 relativement aux travaux de recherche mais si vous changez d'idée par la suite, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en communiquant avec le ministère de la santé à 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 courriel

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

Signature	Nom en lettres moulées	Date de la signature
-----------	------------------------	----------------------

Si vous signez pour une autre personne que vous-même, indiquez votre relation avec cette autre personne :

Si je signe pour quelqu'un d'autre que moi, je confirme que je suis le parent ou le tuteur légal ou le mandataire spécial de cette personne..

Enjeux spécifiques relatifs à la : Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée

Le consentement du résident à recevoir le vaccin peut être retiré ou révoqué à tout moment.

Énoncé relativement à l'article 83 de la Loi :

Veillez noter la protection légale suivante :

Le titulaire d'un permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que personne ne se fasse dire ou ne soit amené à croire qu'un résident éventuel se verra refuser l'admission ou qu'un résident recevra son congé du foyer du fait que, selon le cas :

- (a) un document n'a pas été signé;
- (b) une entente a été annulée;
- (c) un consentement ou une directive à l'égard d'un traitement ou de soins a été donné, n'a pas été donné, a été retiré ou a été révoqué.

RÉSERVÉ À LA CLINIQUE

Agent	COVID-19	Nom du produit	No de lot	Dose
Site anatomique	<input type="checkbox"/> Deltoïde gauche <input type="checkbox"/> Deltoïde droit		Voie	Intramusculaire
Date de l'immunisation		_____ / _____ / _____ (m/j/aaaa)	Heure de l'immunisation _____ : _____ am pm	
		MCI? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Donné par (nom, désignation)		Endroit	Autorisé par	
Raison de l'immunisation	<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé : Établissement de SLD <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé : Maison de retraite <input type="checkbox"/> Établissement de SLD : Résident <input type="checkbox"/> Maison de retraite : Résident <input type="checkbox"/> Âge avancé : résidence communautaire <input type="checkbox"/> Autres employés en soins actifs, SLD, SS <input type="checkbox"/> communauté autochtone <input type="checkbox"/> Adultes en soins de santé chroniques			
Raison pour laquelle le vaccin n'a pas été donné	Fournisseur de soins de santé : <input type="checkbox"/> Détermine que l'immunisation est contre-indiquée <input type="checkbox"/> Recommande l'immunisation, mais aucun consentement reçu <input type="checkbox"/> Détermine que l'immunisation sera temporairement reportée			
Votre dose 2 de 2 est prévue pour :		_____ / _____ / _____ (mois, jour, année) _____ : _____ am pm		