

Formulaire de dépistage et consentement pour le vaccin contre la COVID-19**FORMULAIRE DE DÉPISTAGE ET CONSENTEMENT – Vaccin contre la COVID-19**

Version 1.0 – 30 décembre 2020

Nom de famille		Prénom		Identificateur (p. ex. numéro de la carte Santé)	
Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre					
Téléphone à domicile		Téléphone cellulaire		Courriel	
Fournisseur de soins primaires (médecin de famille ou infirmière praticienne)					
Adresse			Ville		Province
					Code postal
Date de naissance (mois, jour, année) ____/____/____		Âge		Est-ce votre première ou seconde dose de vaccin? <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Seconde	
				S'il s'agit de la seconde, indiquer la date de la première : ____/____/____(mois, jour, année)	

Veillez répondre à toutes les questions ci-dessous

Avez-vous des symptômes de la COVID-19 ou vous sentez-vous malade aujourd'hui*? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir des détails
Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un vaccin (y compris votre premier vaccin contre la COVID-19 si applicable) ou à un composant des vaccins Pfizer-BioNTech ou Moderna? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir des détails
Êtes-vous allergique au polyéthylène-glycol (PEG)** contenu dans le vaccin? <i>Consultez votre médecin si vous êtes allergique au polyéthylène-glycol** ou si vous avez eu une réaction allergique de cause inconnue. Voir ci-dessous pour plus de détails**</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Incertain	Si oui, veuillez fournir des détails
Avez-vous reçu un autre vaccin (pas un vaccin contre la COVID-19) au cours des 14 derniers jours? <i>Il vous sera demandé d'attendre deux semaines à partir de l'autre vaccin pour recevoir le vaccin contre la COVID-19</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir des détails
Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir des détails
Allaitiez-vous? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir des détails
Avez-vous des problèmes de système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent avoir une incidence sur celui-ci (p. ex. des stéroïdes à forte dose, la chimiothérapie)? <i>Si vous n'êtes pas certain au sujet de vos problèmes de santé, demandez au fournisseur de soins.</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, veuillez fournir des détails

Avez-vous **une maladie auto-immune**? Si vous n'êtes pas certain au sujet de vos problèmes de santé, demandez au fournisseur de soins.

Non Oui

Souffrez-vous d'un trouble hémorragique (de saignement) ou prenez-vous des médicaments qui pourraient avoir une incidence sur la coagulation du sang (p. ex. des anticoagulants)? Si vous n'êtes pas certain au sujet de vos problèmes de santé, demandez au fournisseur de soins.

Non Oui

Si oui, veuillez fournir des détails

Vous êtes-vous déjà senti faible ou vous êtes-vous déjà évanoui après une vaccination ou une intervention médicale?

Non Oui

Si oui, veuillez fournir des détails

* Les symptômes de la COVID-19 peuvent comprendre de la fièvre, l'apparition d'une nouvelle toux ou l'aggravation d'une toux chronique, un essoufflement, de la difficulté à respirer, un mal de gorge, de la difficulté à avaler, une diminution ou une perte de l'odorat ou du goût, des frissons, des maux de tête, une fatigue, un malaise ou des douleurs musculaires inexplicables, des nausées ou vomissements, de la diarrhée ou des douleurs abdominales, une conjonctivite, un écoulement nasal ou congestion nasale sans autre cause connue ou, pour les personnes de plus de 70 ans, nombre de chutes inexplicables ou accru, déclin fonctionnel aigu, aggravation d'affections chroniques ou délire

** Le polyéthylène glycol (PEG) peut, dans de rares cas, provoquer des réactions allergiques et se trouve dans des produits tels que les médicaments, les produits de préparation intestinale pour la coloscopie, les laxatifs, les sirops contre la toux, les cosmétiques, les crèmes pour la peau, les produits médicaux utilisés sur la peau et pendant les opérations, le dentifrice, les lentilles de contact et la solution pour lentilles de contact. Le PEG peut également être présent dans les aliments ou les boissons, mais il n'est pas connu pour provoquer des réactions allergiques aux aliments ou aux boissons.

J'ai lu (ou on me l'a lue) et je comprends la « Fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19 ». J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes.

Je consens à recevoir le vaccin

Les renseignements personnels sur la santé figurant sur ce formulaire sont recueillis dans le but de vous fournir des soins. Ils seront utilisés et divulgués à cette fin, ainsi qu'à d'autres fins autorisées et requises par la loi. Par exemple, ils seront divulgués au médecin hygiéniste en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsque la divulgation est nécessaire pour un objectif de la Loi sur la protection et la promotion de la santé.

Je reconnais avoir lu et compris la déclaration ci-dessus.

L'hôpital, les bureaux de santé publique locaux et le ministère de la Santé peuvent souhaiter communiquer avec vous à des fins liées au vaccin contre la COVID-19 (p. ex. communications pour vous rappeler les rendez-vous de suivi, vous fournir une preuve de vaccination et vous informer des projets de recherche).

Je consens à recevoir des communications par :

Courriel Téléphone/SMS

Signature

Nom en caractères d'imprimerie

Date de signature

Si vous apposez votre signature pour une autre personne, veuillez indiquer votre relation avec cette autre personne :

Si je signe pour une autre personne, je confirme que je suis le parent ou le tuteur légal ou le mandataire spécial.

À L'USAGE EXCLUSIF DES CLINIQUES

Agent	COVID-19	Nom du produit	N° de lot	Dose
Site anatomique	<input type="checkbox"/> Deltoïde gauche <input type="checkbox"/> Deltoïde droit	Voie	Intramusculaire	N° de dose
Date donnée	____ / ____ / ____ (m/j/aaaa)	Heure	____ : ____	EIAV? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Donné par (nom, désignation)		Lieu		Autorisé par
Raison de la vaccination	<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé : Foyer de soins de longue durée <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé : Maison de retraite <input type="checkbox"/> FSLD : Résident <input type="checkbox"/> Maison de retraite : Résident <input type="checkbox"/> Âge avancé : logement communautaire <input type="checkbox"/> Autres employés dans les soins actifs, les SLD, les MR <input type="checkbox"/> Communauté autochtone <input type="checkbox"/> Adulte de soins de santé chroniques			
Raison pour laquelle l'immunisation n'est pas donnée	Fournisseur de soins de santé : <input type="checkbox"/> Détermine que l'immunisation est contre-indiquée <input type="checkbox"/> Recommande l'immunisation, mais ne reçoit pas de consentement <input type="checkbox"/> Détermine que l'immunisation sera temporairement reportée			
Votre seconde dose est prévue :	____ / ____ / ____ (mois, jour, année)	Heure	____ : ____	