

ATTESTATION D'HABILITATION D'INJECTION INTRAMUSCULAIRE DU VACCIN CONTRE LA COVID-19

Identification du professionnel ou de la personne à habiliter

Prénom et nom : _____ N° d'employé (si applicable) : _____

Titre professionnel : _____ N° de permis de pratique (si applicable) : _____

Étape 1 : Formation autonome

Je confirme avoir complété toutes les exigences requises, soit avoir : *Init.*

- Complété la formation *Vaccination contre la COVID-19* disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA)
- Lu le document *Questions et réponses sur la campagne de vaccination contre la COVID-19 - À l'intention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux*
- Lu la section *Vaccins COVID-19 : vaccins à ARN messenger et VV contre la COVID-19* dans le *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)* (Indications, contre-indications, précautions, interchangeabilité)
- Visionné le vidéo *Revêtir et retirer un EPI : précaution contact gouttelettes +* disponible sur l'intranet du CISSS des Laurentides
- Pris connaissance de la méthode de soins informatisée *Administration d'un médicament par voie intramusculaire chez l'adulte*
- Suivi la formation *RCR Héros en 30 et anaphylaxie* (si le gestionnaire détermine que c'est nécessaire)

Étape 2 : Observation de l'administration d'un vaccin contre la COVID-19 réalisée par un vaccinateur

- *Observation de l'administration d'un vaccin contre la COVID-19*
- *J'atteste que les informations sont exactes*

Étape 3 : Attestation de l'administration du vaccin contre la COVID-19 chez l'adulte

Démonstration de la technique d'administration du vaccin RÉUSSIE	# 1	# 2	# 3
Date de l'évaluation (aaaa mm jj)			
Nom de l'évaluateur			
Titre professionnel	<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage-femme
Initiales de l'évaluateur			
Numéro de permis de pratique de l'évaluateur (si applicable)			

Pour figurer au registre des intervenants autorisés à vacciner pendant la période de l'état d'urgence sanitaire, vous devez remettre ce formulaire complété à la personne responsable en place (chef d'équipe, infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat ou gestionnaire)

Date	Signature	Initiales	Date	Signature	Initiales