

## INTRODUCTION

Le formulaire « Questionnaire vaccination contre la grippe saisonnière » du CISSS des Laurentides est standardisé pour utilisation dans toute circonstance de vaccination contre la grippe. Son utilisation permet de faciliter le travail des vaccinateurs de même que celui des commis à la saisie.

Le formulaire inclut toutes les questions nécessaires pour décider de la vaccination ou non de la personne. Il est conçu pour être autoadministré, bien que de l'aide d'un bénévole puisse contribuer à la lecture des questions.

La personne à l'évaluation du questionnaire peut constater d'un seul coup d'œil si des cases « oui » sont cochées ou s'il existe des réponses non complétées. Dans ces seuls cas, il y a lieu d'explorer davantage avec le répondant.

Le présent guide permet de comprendre à quoi réfèrent ces questions.



**Attention :** Le PIQ est l'ouvrage de référence pour tous les professionnels de la santé qui ont à administrer des produits immunisants et pour tous ceux qui participent à la gestion des programmes d'immunisation. On doit s'y référer pour toute question.

## SECTION IDENTIFICATION

**SI ON NE PEUT UTILISER** la carte de l'hôpital de la personne avec l'adressographe dans le carré supérieur droit, la personne doit bien s'identifier en complétant la section identification.

### SAISON 2020 : QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE FP-CISSS-6024

<b>IDENTIFICATION</b>		N° SI-PMI : _____	N° I-CLSC/dossier : _____
		Dose N° : _____	<input type="checkbox"/> Saisie SI-PMI / Registre faite
À COMPLÉTER PAR L'USAGER	NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____		
	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M      DATE DE NAISSANCE : _____ ÂGE : _____		
	N° D'ASSURANCE MALADIE : _____ DATE D'EXPIRATION : _____		
	ADRESSE : _____ VILLE : _____		
	CODE POSTAL : _____ TÉLÉPHONE (domicile) : _____ CELLULAIRE : _____		
	NOM (DE FILLE) ET PRÉNOM DE LA MÈRE : _____		
	NOM ET PRÉNOM DU PÈRE : _____		
Êtes-vous un travailleur de la santé d'un CISSS? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Employé inscrit sur la liste de paie <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Bénévole			



**COCHER LA CASE** dans le bas de cette section s'il s'agit d'un travailleur de la santé d'un CISSS (employé inscrit sur la liste de paie, médecin ou bénévole). Dans un tel cas, une fois la saisie faite au registre de vaccination, faire parvenir le formulaire au service **Santé, sécurité et mieux-être**, Pavillon Marie-Berthe (185, rue Durand, Saint-Jérôme, J7Z 5N6).

---

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (INFORMATIONS SUR LES QUESTIONS POSÉES)

---

**Question 1.** Avez-vous remarqué un changement de votre état de santé dans les derniers jours?

REFERENCE : PIQ - VACCINOLOGIE PRATIQUE / PRECAUTIONS

- ➔ Cette question permet de déceler si une personne pourrait se trouver en situation de maladie aiguë, modérée ou grave, auquel cas on pourrait reporter la vaccination.

---

**Question 2.** **Après avoir reçu un vaccin**, avez-vous déjà eu une **réaction assez grave** pour consulter un médecin? Si oui, précisez. Nom du vaccin : Type de réaction :

REFERENCE : PIQ - CHAPITRE « GRIPPE » / MANIFESTATIONS CLINIQUES APRES LA VACCINATION

- ➔ Cette question permet de juger si le vaccin pourrait être contre-indiqué. Les réactions locales ne sont pas des contre-indications.

---

**Question 3.** Est-ce que vous avez déjà eu une **réaction allergique grave** qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Si oui, indiquez la cause :

REFERENCE : PIQ - CHAPITRE « GRIPPE » / MANIFESTATIONS CLINIQUES APRES LA VACCINATION

- ➔ Cette question permet de déceler les allergies potentielles au vaccin. L'anaphylaxie est une contre-indication à administrer un vaccin contenant le produit en cause (exception des œufs pour le vaccin antigrippal).

---

**Question 4.** Souffrez-vous de problèmes de santé chroniques (ex. : troubles pulmonaires ou cardiaques, diabète, troubles rénaux, asthme grave, cancer)? Si oui, lesquels?

- ➔ Cette question permet de valider l'éligibilité à la vaccination antigrippale et/ou antipneumococcique, selon les indications du PIQ et que l'on trouve sur l'outil « Fiche indicative ». Par exemple, le diabète entraîne une indication du vaccin Pneumovax-23 même si la personne n'a pas 65 ans. Ne pas oublier que les conditions amenant une asplénie ou l'immunosuppression entraînent une indication du Pevnar-13.

---

**Question 5.** Est-ce que vous présentez un problème du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : cancer, VIH, leucémie) ou d'un traitement (ex. : chimiothérapie, radiothérapie, médicaments, cortisone)? Précisez :

REFERENCE : PIQ - VACCINOLOGIE PRATIQUE / IMMUNODEPRESSION

- ➔ Cette question permet de déceler l'immunosuppression, qui est une indication du vaccin antigrippal inactivé (injectable), une indication des 2 vaccins anti-pneumococciques (conjugué et polysaccharidiques), et une contre-indication du vaccin vivant Flumist.

---

**Question 6.** Pour les femmes : êtes-vous enceinte (grossesse confirmée)? Si oui, nombre de semaines :

REFERENCE : PIQ - VACCINOLOGIE PRATIQUE / GROSSESSE

- ➔ Cette question permet de déterminer l'indication du vaccin injectable contre l'influenza (grossesse de 13 semaines et plus en l'absence de maladie chronique, ou quel que soit le trimestre en cas de maladie chronique). De plus, cocher comme « Raison d'administration » la case 2- Femme enceinte.

**Question 7.** Prenez-vous des anticoagulants (ex. : Coumadin, Aspirine, Xarelto) actuellement?

REFERENCE : PIQ - VACCINOLOGIE PRATIQUE / TROUBLES DE LA COAGULATION

- ➔ Pour s'assurer qu'une pression suffisante et assez longue est faite sur le site d'injection après la vaccination afin d'éviter un hématome.

---

**Question 8.** Avez-vous déjà reçu le vaccin Pneumovax-23 ou Prevnar-13? Si oui, lequel? Date :

- ➔ Afin de ne pas répéter inutilement une vaccination si elle n'est plus indiquée (cf fiche indicative). Le Pneumovax-23 peut être répété après 5 ans, une seule fois, chez les aspléniques ou immunosupprimés. Il sera administré aux personnes de 65 ans ou plus même si elles l'ont reçu avant cet âge, si cela fait 5 ans ou plus.
- ➔ On ne répète pas le vaccin Prevnar-13.
- ➔ Permet aussi de déterminer si l'intervalle recommandé entre les vaccins est respecté.

---

**Les quatre questions suivantes concernent SEULEMENT les personnes de moins de 18 ans**

---

**Question 9.** Dans les **4 dernières semaines** avez-vous reçu un ou des vaccins? Si oui, lesquels :

REFERENCE : PIQ - CHAPITRE « GRIPPE » / VACCIN INTRANASAL / INTERACTIONS

- ➔ Cette question permet d'éviter les interactions potentielles entre vaccins vivants (si on doit administrer le Flumist).

---

**Question 10.** Êtes-vous en contact étroit avec une personne gravement immunodéprimée nécessitant un isolement strict?

- ➔ Cette question est pour éviter l'administration du Flumist aux contacts étroits d'une personne gravement immunodéprimée.

---

**Question 11.** Prenez-vous régulièrement de l'acide acétylsalicylique (Aspirine)?

- ➔ Permet d'éviter la vaccination avec le Flumist pour cette personne (section vaccin intranasal).

---

**Question 12.** Si l'enfant à vacciner a moins de 9 ans, a-t-il déjà reçu un vaccin contre la grippe?

- ➔ Pour déterminer si l'enfant de moins de 9 ans a besoin d'une deuxième dose de vaccin antigrippal.

---

**Il est demandé d'attendre 15 minutes après la vaccination.**



Permet d'informer la personne de l'attente demandée, LA SIGNATURE DE L'USAGER N'EST PAS REQUISE.

Cependant, elle y a été placée car souvent les usagers s'attendent à signer.

---

## VERSO

Il est facultatif d'inscrire à nouveau le nom et N° dossier : dans le haut de la page, il s'agit d'une contrainte d'acceptation des formulaires.

## AUTORISATION DE L'INFIRMIÈRE

- ▶ L'infirmière évaluatrice complète cette section qu'elle signe avec ses informations avant la section « Vaccination ».
- ▶ Consentement : Cocher les cases appropriées.
- ▶ Indiquer si une contre-indication existe et sa raison, ou indiquer la raison d'un report.
- ▶ Cocher les cases appropriées pour les vaccins indiqués, et si d'autres doses sont prévues.

## RAISON D'ADMINISTRATION

- ▶ OBLIGATOIRE d'être cochée pour toute vaccination grippe
- ▶ Cocher la case appropriée 1 à 4, une seule raison possible :
  - 1- Influenza en CHSLD : à sélectionner uniquement pour la vaccination de résident en CHSLD privé ou public, quels que soient son âge et sa condition physique.
  - 2- Femme enceinte : à sélectionner si ne répond pas au critère 1 et que grossesse en cours.
  - 3- Maladie chronique : à sélectionner si ne répond pas aux 2 premiers critères, est âgé de 6 mois à 74 ans et souffre de maladie chronique tel que défini au PIQ.
  - 4- Pour toute clientèle ne répondant pas aux 3 critères précédents, incluant donc les patients de 75 ans et plus (quelle que soit la condition médicale) et les travailleurs de la santé en bonne santé.

### **IDENTIFICATION DE L'INFIRMIÈRE ÉVALUATRICE**

« Dose N° » : 1 ou 2 dans le cas des enfants. Date, identification de l'infirmière évaluatrice à compléter et signer avec les informations demandées. Ne pas oublier l'organisation et le LDS (lieu de dispensation du service, c'est-à-dire installation où la vaccination est réalisée).

## VACCINATION : VACCIN, LOT, SITE, DATE

- ▶ L'infirmière ou infirmière auxiliaire vaccinatrice complète cette section incluant son nom, prénom, N° de permis et signature.

## EFFETS INDÉSIRABLES IMMÉDIATS ET PREMIERS SOINS À COMPLÉTER AU BESOIN ET SIGNER



Dans ce cas, ne pas omettre de transmettre un formulaire de signalement à la Direction de santé publique au numéro de fax **450 569-6305**.