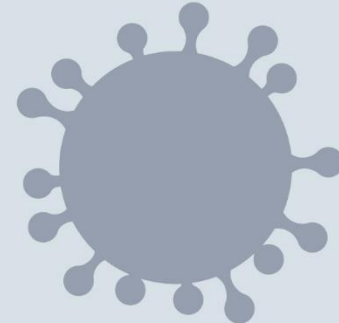


Coronavirus (COVID-19)



FORMULAIRE AH-635 : GUIDE EXPLICATIF POUR LES VACCINATEURS

Document interne

Version du 26 mars 2021

Coronavirus (COVID-19)

Ce guide s'adresse aux vaccinateurs et vise à assurer une uniformité dans la façon de compléter les informations dans le formulaire AH-635. Veuillez noter qu'il s'agit d'un document interne qui ne sera pas publié sur le site du MSSS.

Santé
et Services sociaux
Québec



DT9497

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom et prénom de l'utilisateur					
Nom et prénom de la mère					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe	
			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année	Mois	
Expiration					
Adresse (N°, rue)					
Ville				Code postal	

1 Cette section peut être complétée manuellement ou en plaquant les informations de la carte de l'établissement à l'aide d'un adressographe. Les champs sont automatiquement peuplés pour les clientèles qui ont pris rendez-vous en ligne via Clic-Santé.

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Usager apte de 14 ans ou plus	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone
<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail	
Adresse courriel :	
Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte	
Personne autorisée selon sa déclaration (nom prénom) :	
Adresse courriel :	
<input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait) <input type="checkbox"/> Proche parent <input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier <input type="checkbox"/> Autorité parentale	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone
<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail	

2

À compléter par le patient ou par l'établissement. Les champs sont automatiquement peuplés pour les clientèles qui ont pris rendez-vous en ligne via Clic-Santé.

QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION*					
ÉLÉMENTS À VALIDER PAR LE VACCINATEUR		OUI	NON	N/A	PRÉCISION
1.	Problèmes de santé actuels (L'usager présente-t-il des symptômes compatibles avec la COVID-19? A-t-il remarqué un changement récent dans son état de santé?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Immunodépression (L'usager prend-t-il des médicaments immunodépresseurs? Est-il immunodéprimé ou atteint d'une maladie auto-immune?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Réaction allergique (L'usager a-t-il déjà fait une réaction allergique grave suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Grossesse (Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Trouble de la coagulation (L'usager souffre-t-il d'un trouble de la coagulation nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Produits immunisants ou sanguins (L'usager a-t-il reçu un vaccin autre que contre l'influenza ou le pneumocoque dans les 14 derniers jours? L'usager a-t-il reçu du plasma d'usagers convalescents de la COVID-19 ou des anticorps monoclonaux contre la COVID-19 dans les 90 derniers jours?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3

À compléter par le patient ou par l'évaluateur. Les champs sont automatiquement peuplés pour les clientèles qui ont pris rendez-vous en ligne via Clic-Santé. Le vaccinateur qui fait l'évaluation a toutefois l'obligation de valider les réponses avec le patient.

RAISON D'ADMINISTRATION (par ordre de priorité)	
<input type="checkbox"/> 01 - COVID-19 - Résident en CHSLD public ou privé	<input type="checkbox"/> 04 - COVID-19 - Travailleur de la santé
<input type="checkbox"/> 02 - COVID-19 - Résident en RPA	<input type="checkbox"/> 05 - COVID-19 - Maladie chronique
<input type="checkbox"/> 03 - COVID-19 - Femme enceinte	<input type="checkbox"/> 06 - COVID-19 - Autres raisons

4

À compléter par l'établissement. Les raisons sont classées par ordre de priorité, la raison 1 ayant priorité sur la raison 2 et ainsi de suite. Par exemple, pour une travailleuse de la santé, qui a une maladie chronique et qui est enceinte, on sélectionnera la raison 03-COVID-19-Femme enceinte. Pour les clientèles priorisées par groupe d'âge qui ne résident pas en CHSLD ou en RPA, sélectionner la raison 06-COVID-19-Autres raisons. Voir l'Aide-mémoire COVID-19 sur le [site de l'ENA](#) ou sur [l'Intranet SI-PMI > Immunisation > Formation](#).

AH-635 DT 9497 (Rev. 2020-12)

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

DOSSIER DE L'USAGER

Coronavirus (COVID-19)

Nom et prénom de l'usager	N° de dossier
---------------------------	---------------

À compléter par le vaccinateur qui fait l'évaluation. Cette section remplace la note au dossier du patient. Il est assumé que le consentement est donné pour la série vaccinale au moment de la 1^{ère} dose et seule la case sur l'observation du temps de surveillance de 15 minutes doit être cochée. La présence au site de vaccination est considérée comme un consentement implicite. Il n'y a toutefois pas de faute à compléter à nouveau la section. Un ajustement sera fait dans la prochaine version du formulaire afin d'ajouter une case disant que le consentement a été obtenu au moment de la 1^{ère} dose. D'ici là, vous pouvez compléter cette section tel qu'indiqué dans l'exemple à la page 4.

À compléter par le vaccinateur qui fait l'évaluation. Permet d'identifier la personne qui a fait l'évaluation pré-immunisation. Aucun consentement signé n'est requis. **Dans le cas d'un mineur ou d'un majeur inapte**, un consentement téléphonique en présence d'un témoin est nécessaire **si le titulaire de l'autorité est absent** et que vous n'avez pas de preuve écrite du consentement. Dans ce cas, seul le nom du témoin est nécessaire. Le vaccinateur doit quant à lui signer.

Cette section doit être complétée uniquement par le vaccinateur (personne qui initie la vaccination et y procède). Si le vaccin est administré par un intervenant autorisé par arrêté ministériel, le nom de vaccinateur inscrit dans cette case doit être celui du superviseur. Seul le vaccinateur/superviseur a à signer le formulaire. Un nouveau formulaire devra être complété pour l'administration de la 2^e dose. Si l'information est saisie rapidement dans SI-PMI, vous n'avez pas à compléter cette section dans le formulaire.

Inscrire toute information additionnelle pertinente ici. Par exemple, si la personne a fait une réaction suite à la vaccination. **Si l'évaluation a été faite par téléphone** avant l'arrivée sur le site de vaccination, le vaccinateur responsable de l'évaluation présent sur le site de vaccination devrait inscrire son nom dans cette section ainsi qu'une courte note mentionnant si des changements sont survenus depuis le moment de l'évaluation téléphonique (Ex. Aucun changements survenus depuis l'évaluation. *Claude Tremblay, inf.*)

CONSENTEMENT/DÉCISION	
<input type="checkbox"/>	Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal.
<input type="checkbox"/>	Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) a été communiquée à la personne ou son représentant légal.
<input type="checkbox"/>	Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.
DÉCISION	
L'usager ou son représentant légal :	Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé :
<input type="checkbox"/> Consent à la vaccination contre la COVID-19	<input type="checkbox"/> Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé
<input type="checkbox"/> Refuse la vaccination contre la COVID-19	
CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :	
<input type="checkbox"/> Usager	<input type="checkbox"/> Mandataire
<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Curateur
<input type="checkbox"/> Curateur public	<input type="checkbox"/> Proche parent
<input type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait)	<input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier
	<input type="checkbox"/> Autorité parentale

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT	
Nom du professionnel :	
PROFESSION	
<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Médecin
<input type="checkbox"/> Inhalothérapeute	<input type="checkbox"/> Sage-femme
<input type="checkbox"/> Pharmacien	
N° de permis :	Signature du professionnel :
CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)	
Nom du témoin :	Date
	Année Mois Jour
Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique:	Date
	Année Mois Jour

DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ					
Date de vaccination (année, mois, jour)	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité/ unité	Vie d'administration	Site d'administration
				Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Bras droit
					<input type="checkbox"/> Bras gauche
					<input type="checkbox"/> Cuisse droite
					<input type="checkbox"/> Cuisse gauche
INFORMATION SUR LE VACCINATEUR					
Nom du vaccinateur :		Profession :			
		<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien			
N° de permis :	Lieu de vaccination (LDS) :	Signature du vaccinateur :			
INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du vaccinateur)					
Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin :		Profession :		N° de permis :	
		<input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :			

Notes

AH-835 DT 9497 (rév. 2020-12) CONTRE LA COVID-19

Cette sous-section est à compléter seulement si quelqu'un d'autre que le vaccinateur a administré le vaccin, le vaccinateur doit inscrire le nom et le prénom de l'intervenant qui a injecté le vaccin, le titre de la profession et le no de permis de ce dernier. La personne qui administre le vaccin n'a pas à signer le

Coronavirus (COVID-19)

EXEMPLE POUR COMPLÉTER LA SECTION 5 DU FORMULAIRE AU MOMENT DE LA 2E DOSE

Notez qu'il n'y a pas de faute à compléter la section à nouveau mais on peut également choisir de passer par-dessus en l'inscrivant comme dans l'exemple ci-dessous. Une seule case doit absolument être cochée pour la 2^e dose, soit celle sur l'observation du 15 minutes post-vaccination. Dans ce cet exemple, 3 personnes ont été impliquées. Dominique Fortier a fait l'évaluation pré-immunisation, Lucie Roy a supervisé l'acte vaccinal et déterminé quel vaccin pouvait être administré et Julie Tremblay a administré le vaccin. Notons que c'est Lucie Roy qui est responsable de compléter la section 7.

Nom et prénom de l'usager		N° de dossier			
CONSENTEMENT/DÉCISION					
<input checked="" type="checkbox"/> Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés à la personne ou son représentant légal. Fait lors de la 1ère dose. DF					
<input checked="" type="checkbox"/> Les informations contenues dans la feuille d'information destinée à la population fournie avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) a été communiquée à la personne ou son représentant légal. Fait lors de la 1ère dose. DF					
<input checked="" type="checkbox"/> Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination.					
DÉCISION					
L'usager ou son représentant légal :		Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé :			
<input type="checkbox"/> Consent à la vaccination contre la COVID-19		<input type="checkbox"/> Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé			
<input type="checkbox"/> Refuse la vaccination contre la COVID-19					
CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :					
<input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Curateur public <input type="checkbox"/> Proche parent					
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait) <input type="checkbox"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier <input type="checkbox"/> Autorité parentale					
INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT					
Nom du professionnel : Dominique Fortier					
PROFESSION					
<input checked="" type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien					
N° de permis : 00-0000		Signature du professionnel : <i>Dominique Fortier</i>			
CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)					
Nom du témoin :		Date	Année Mois Jour		
Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique:		Date	Année Mois Jour		
DÉTAIL DU VACCIN ADMINISTRÉ					
Date de vaccination (année, mois, jour)	Nom du vaccin	N° de lot	Quantité/unité	Vie d'administration	Site d'administration
2021-03-02	PB COVID-19	ABC0000	0.3	Intramusculaire	<input checked="" type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Cuisse droite <input type="checkbox"/> Cuisse gauche
INFORMATION SUR LE VACCINATEUR					
Nom du vaccinateur : Lucie Roy		Profession : <input type="checkbox"/> Infirmière <input checked="" type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien			
N° de permis : 00-0000	Lieu de vaccination (LDS) : Palais de congrès de Québec	Signature du vaccinateur : <i>Lucie Roy</i>			
INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN (à compléter uniquement si différent du vaccinateur)					
Nom de l'intervenant qui a administré le vaccin : Julie Tremblay		Profession : <input type="checkbox"/> Infirmière auxiliaire <input checked="" type="checkbox"/> Autre, précisez : sexologue			
		N° de permis : 00-0000			
Notes Consentement obtenu au moment de la 1ère dose. Dominique Fortier, inf.					