



PROTOCOLE CLINIQUE N° 007

Titre : PROGRAMME DE VACCINATION CHEZ LES USAGERS DE GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES

Rédigé par le comité de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

En collaboration avec la Direction des soins infirmiers du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Adopté par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens le 15 septembre 2010

Résolution n° CECMDP-10-09-12

Date d'entrée en vigueur : 15 septembre 2010

Date de révision :

Professionnels visés :

- Infirmiers et infirmières

Référence à une règle de soins, ordonnance collective, protocole ou à une procédure :

Non Oui _____

Secteurs d'activités visés:

Sites :

CLSC : de Saint-Michel de Saint-Léonard
Centres d'hébergement : de Saint-Michel des Quatre-Temps des Quatre-Saisons
UTRF : Navarro

CLIENTÈLE VISÉE

Clientèle de greffe de cellules hématopoïétiques nécessitant des vaccins après la greffe tout en répondant aux critères d'admissibilité.

PROFESSIONNELS VISÉS

Infirmières et infirmiers des services ambulatoires et de l'accueil centralisé du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

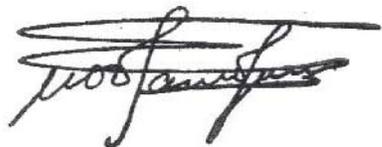
PROCÉDURE

Se référer au programme de vaccination chez les usagers de greffe de cellules hématopoïétiques.

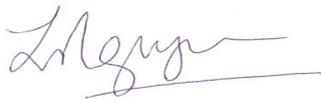
Approbation



Aline Bourgon, infirmière
Directrice des soins infirmiers et de la qualité



Christian Lauriston, médecin
Directeur des services professionnels



Uyen Ly Nguyen Do, médecin
Présidente du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

**PROTOCOLE
INTER ÉTABLISSEMENT**

N°. 7002

**PROGRAMME DE
VACCINATION CHEZ LES
USAGERS DE GREFFE DE
CELLULES
HÉMATOPOÏÉTIQUES**

Préparé par :

- *Francine Grondin, chef d'unité, HMR*

En collaboration avec :

- *Lise Soulière, conseillère-cadre en soins infirmiers, CSSS Lucille-Teasdale*
- *Denise Julien, coordonnatrice des services généraux et de la petite enfance, CSSS Pointe-de-l'Île*
- *Dr Silvy Lachance, chef médical en greffe de cellules hématopoïétiques, HMR*
- *Barbara Vadnais, pharmacienne, HMR*
- *Dr Claire Béliveau, Chef du département de microbiologie et infectiologie, HMR*

Février 2010

Pour vous, pour la vie

1. Introduction

Ce programme de vaccination s'inscrit dans l'organisation et le développement des services ambulatoires pour les usagers greffés de cellules hématopoïétiques.

2. Objectifs du programme

- Favoriser le programme de vaccination en ambulatoire.
- Assurer, en collaboration avec les CLSC, une continuité des soins aux usagers greffés de cellules hématopoïétiques.

3. Population visée

Clientèle cible :

- Usager de greffe de cellules hématopoïétiques nécessitant des vaccins après la greffe tout en répondant aux critères d'admissibilité.

Critères d'admissibilité :

- Suite à l'obtention de la signature du médecin de greffe de cellules hématopoïétiques au programme de vaccination.

4. Mécanismes d'articulation du protocole

Dans la perspective de l'approche interdisciplinaire proposée, l'implication des intervenants suivants assure une continuité de soins nécessaires au programme de vaccination chez les usagers greffés et, contribue à l'efficacité du protocole.

5. Rôles des principaux intervenants impliqués

- Le médecin traitant.
- L'infirmière pivot de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) assignée au site tumoral.
- L'infirmière de liaison du CLSC (accueil centralisé).
- L'infirmière du service ambulatoire du CLSC.
- L'agente administrative de greffe de l'HMR.

Le médecin traitant

- Informe l'utilisateur de l'importance de la vaccination et du rôle du CLSC.
- Prescrit les vaccins selon le mois post-greffe de cellules hématopoïétiques sur l'ordonnance individuelle préformatée (OIP) (voir Annexe 1).
- Complète la référence inter établissement (voir Annexe 2) en y indiquant :
 - La date du début au programme de vaccination.
 - Les contre-indications (si nécessaire).

L'infirmière pivot de l'HMR

- Reçoit la demande et s'assure que les documents requis ont été complétés (voir Annexe 1 et 2).
- Complète la DSIE (Demande de Service Inter Établissement), en y inscrivant la date de l'horaire prévu à 12 mois, à 14 mois et à 24 mois.
- Transmet la DSIE, la feuille d'ordonnance individuelle préformatée (OIP), le questionnaire pré-immunisation et le formulaire de consentement au CLSC concerné.
- Remet à l'usager le dépliant sur la vaccination (voir Annexe 3).
- Avise l'usager que le CLSC communiquera avec lui pour lui fixer un rendez-vous.
- Assure le lien entre l'infirmière du service ambulatoire du CLSC et le médecin traitant, en cas de problématique.

L'infirmière de liaison du CLSC (accueil centralisé)

- Reçoit la DSIE et l'ordonnance individuelle préformatée (OIP) à 12 mois, à 14 mois et à 24 mois.
- Communique avec l'usager, lui fournit les renseignements nécessaires concernant son rendez-vous et, lui demande d'apporter son carnet de vaccination.

L'infirmière du service ambulatoire du CLSC

- Rencontre l'usager et, au besoin, son aidant naturel au CLSC.
- Lui pose des questions pour déterminer les contre-indications, pré-immunisation (au début du programme) et les précautions (voir Annexe 4).
- Fait signer le formulaire de consentement à l'usager (au début du programme) (voir Annexe 5).
- Vaccine l'usager selon l'horaire prescrit. L'horaire doit être respecté à un mois d'intervalle.
- Communique avec l'infirmière pivot de l'HMR pour tout autre problème concernant l'état de santé de l'usager.
- Renvoie l'ordonnance individuelle préformatée (à 12 mois, 14 mois et 24 mois), le questionnaire pré immunisation et le formulaire du consentement complétés (à 12 mois) à l'agente administrative de greffe (télécopieur : (514) 252-3824).
- Si l'usager ne se présente pas à son rendez-vous, le contacter pour fixer un autre rendez-vous.
- Si l'usager ne se présente pas à son deuxième rendez-vous, en aviser l'infirmière pivot (téléphone : (514) 252-3400 poste 6216).
- Complète la requête pour un prélèvement sanguin de contrôle anti-HBs 1 mois après la vaccination de 24 mois; elle indique le nom du médecin et l'achemine par télécopieur au (514) 252-3824.
- Informe l'usager de se présenter au centre de prélèvement du CLSC 1 mois après la vaccination de 24 mois.

L'agente administrative de greffe de l'HMR

- Reçoit l'ordonnance individuelle préformatée, le questionnaire pré immunisation et le formulaire de consentement et les insère au dossier.
- Prépare l'ordonnance individuelle préformatée pour l'horaire suivant.
- Envoie l'ordonnance individuelle préformatée au médecin traitant pour signature.
- Comptabilise les vaccins de chaque usager.

6. Références :

- Protocole d'immunisation du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, édition d'Avril 2004, mise à jour d'Avril 2009.
- « *Guidelines for Preventing Opportunistic Infections Among Hematopoietics Stem Cell Transplant Recipients* » - Recommendations of centers for Disease Control and Prevention, The Infectious Disease Society of America, and The American Society of Blood and Marrow Transplantation, MMWR, Vol. 49(RR-10), p. 1-128, 2000.

Approuvé par :

| | |
|---|---------------|
| _____ Chef médical en greffe de cellules hématopoïétiques | _____ Date |
| _____ Chef du département de microbiologie et infectiologie | _____ Date |
| _____ Chef du département de pharmacie | _____ Date |
| _____ Adjoint à la Directrice des soins infirmiers – Vo administratif | _____ Date |
| _____ Présidente du CMDP | _____ Date |

Titre : **Programme de vaccination chez les usagers de greffe de cellules hématopoïétiques**

Rédigé par : **Francine Grondin, chef d'unité 5CD/GMO, HMR**

Date : **Février 2010**

En collaboration : **Lise Soulière, conseillère-cadre en soins infirmiers, CSSS Lucille-Teasdale**
Denise Julien, coordonnatrice des services généraux et de la petite enfance, CSSS Pointe de l'Île
Dr Silvy Lachance, chef médical en greffe de cellules hématopoïétiques, HMR
Barbara Vadnais, pharmacienne, HMR
Dr Claire Béliveau, chef du département de microbiologie et Infectiologie, HMR

En consultation : **Comité consultatif OC/OIP :**
pharmacie : **- Sandra Chapados, adjointe au chef du département de**
services : **- Hélène Duranleau, adjointe à la Directrice, Direction des**
des : **Multidisciplinaires**
: **- Louise Langis, coordonnatrice au maintien et développement**
compétences en soins infirmiers

ANNEXE 1

FEUILLES D'ORDONNANCES INDIVIDUELLES PRÉFORMATÉES (OIP)

- # 3019 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques – 12 mois**
- # 3020 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques – 14 mois**
- # 3021 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques – 24 mois**
- # 3022 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques – 24 mois**

Ordonnance individuelle
Pré formatée

CODES-
BARRES

Pour vous, pour la vie

3019 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques - 12 mois

| | | |
|---|---|--|
| Heure | Poids : <u>Non applicable</u> | Allergie : <u>Voir le questionnaire pré-immunisation</u> |
| Date de la greffe : _____ | | |
| Vaccin inactivé ou anatoxine | | |
| <p>Anatoxine diphtérique et tétanique et coquelucheuse (dCaT)</p> <p><input type="checkbox"/> Adacel ou <input type="checkbox"/> Boostrix</p> <p>+</p> <p>Vaccin inactivé contre la poliomyélite IMOVAX Polio</p> | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> | |
| <p>Vaccin conjugué contre Haemophilus influenza de type b Act-Hib</p> | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> | |
| <p>Vaccin polysaccharide contre le pneumocoque</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumovax 23 ou <input type="checkbox"/> Pneumo 23</p> <p>Réf : CDC, MMWR 2000;49</p> | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> | |

| | | | |
|-------------------------------|---|--|--|
| | <p>Vaccin hépatite B</p> <p><input type="checkbox"/> Recombivax HB 40 mcg/mL (1 mL)</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> Engerix-B 20 mcg/mL (2 mL)★</p> <p>★ Si on administre 2 mL, on peut utiliser 1 site d'injection ou 2 sites différents</p> | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG _____ mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> | |
| Notes complémentaires : _____ | | | |
| | | | |
| Date : | Signature du médecin : | # permis | |
| Date : | Signature de l'infirmière : | # permis | |

Ordonnance individuelle
Pré formatée

CODES-
BARRES

Pour vous, pour la vie

3020 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques - 14 mois

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| Heure | Poids : <u>Non applicable</u> | Allergie : <u>Voir le questionnaire pré-immunisation</u> |
| <p>Date de la greffe : _____</p> <p>Vaccin inactivé ou anatoxine</p> | | |
| <p>Vaccin combiné diphtérie, tétanos, polio (d₂T₅-Polio)</p> | | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> |
| <p>Vaccin conjugué contre Haemophilus influenza de type b Act-Hib</p> | | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> |
| <p>Vaccin hépatite B</p> <p><input type="checkbox"/> Recombivax HB 40 mcg/mL (1 mL) ou</p> <p><input type="checkbox"/> Engerix-B 20 mcg/mL (2 mL)★</p> <p>★ Si on administre 2 mL, on peut utiliser 1 site d'injection ou 2 sites différents</p> | | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG _____ mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> |

Copie blanche : Dossier de l'utilisateur

Copie rose : Petit dossier clinique

| | | | |
|---------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| | | | |
| | Notes complémentaires : _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| Date : | | Signature du médecin : | # permis : |
| Date : | | Signature de l'infirmière : | # permis : |

CODES-
BARRES

Pour vous, pour la vie

3021 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques - 24 mois

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|---|---|---|
| Heure | Poids : <u>Non applicable</u> | Allergie : <u>Voir le questionnaire pré-immunisation</u> | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">Date de la greffe : _____</p> <p>Vaccin inactivé ou anatoxine</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="253 659 857 1037"> Vaccin combiné diphtérie, tétanos, polio (d₂T₅-Polio) </td> <td data-bbox="862 659 1446 1037"> Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="253 1043 857 1421"> Vaccin conjugué contre Haemophilus influenza de type b Act-Hib </td> <td data-bbox="862 1043 1446 1421"> Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="253 1428 857 1797"> Vaccin polysaccharide contre le pneumocoque <input type="checkbox"/> Pneumovax 23 ou <input type="checkbox"/> Pneumo 23 Réf : CDC, MMWR 2000;49 </td> <td data-bbox="862 1428 1446 1797"> Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ </td> </tr> </table> | | | Vaccin combiné diphtérie, tétanos, polio (d ₂ T ₅ -Polio) | Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ | Vaccin conjugué contre Haemophilus influenza de type b Act-Hib | Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ | Vaccin polysaccharide contre le pneumocoque <input type="checkbox"/> Pneumovax 23 ou <input type="checkbox"/> Pneumo 23 Réf : CDC, MMWR 2000;49 | Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ |
| Vaccin combiné diphtérie, tétanos, polio (d ₂ T ₅ -Polio) | Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ | | | | | | | |
| Vaccin conjugué contre Haemophilus influenza de type b Act-Hib | Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ | | | | | | | |
| Vaccin polysaccharide contre le pneumocoque <input type="checkbox"/> Pneumovax 23 ou <input type="checkbox"/> Pneumo 23 Réf : CDC, MMWR 2000;49 | Date : _____ Heure : _____ <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <u>0,5</u> mL N° de lot : _____ Date d'expiration : _____ Réactions : _____ _____ | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| <p>Vaccin hépatite B</p> <p><input type="checkbox"/> Recombivax HB 40 mcg/mL (1 mL)</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> Engerix-B 20 mcg/mL (2 mL) *</p> <p><small>* Si on administre 2 mL, on peut utiliser 1 site d'injection ou 2 sites différents</small></p> | <p>Date : _____ Heure : _____</p> <p><input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG _____ mL</p> <p>N° de lot : _____</p> <p>Date d'expiration : _____</p> <p>Réactions : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|

N.B. : Contrôle anti-HBs 1 mois post vaccination. DATE : _____ et envoyer le résultat au médecin traitant (ci-bas mentionné) par télécopieur au (514) 252-3824.

Requête pour un prélèvement anti-HBs à faire le _____.

Notes complémentaires : _____

| | | | | | |
|--------|--|-----------------------------|--|------------|--|
| Date : | | Signature du médecin : | | # permis : | |
| Date : | | Signature de l'infirmière : | | # permis : | |

Ordonnance individuelle
Pré formatée



Pour vous, pour la vie

3022 – Vaccination post-greffe de cellules hématopoïétiques - 24 mois

| | | |
|-------|-------------------------------|--|
| Heure | Poids : <u>Non applicable</u> | Allergie : <u>Voir le questionnaire pré-immunisation</u> |
|-------|-------------------------------|--|

ANNEXE 2

FEUILLES DE RÉFÉRENCE INTER ÉTABLISSEMENT

Référence à : _____
 Serv/progr. : _____
 Tél : (____) _____ Téléc: _____

Demandé par : _____
 Serv./progr. : _____
 Tél:(____) _____ Téléc: _____
 Intervenant : _____

Fonction : _____
Pré-hosp. Date prévue : A ____/M ____/J ____
 Admis /Inscrit le :A ____/M ____/J ____

Congé prévu le : A ____/M ____/J ____ Heure : _____

Milieu de vie : Maison Logement/app.
 HLM/OSBL Ress.d'hab.privée CHSLD
 RTF/RI Autre : _____

Habite avec : Parent Enfant Seul
 Couple Autre : _____

Occupation : Travail Étude À la maison
 Retraité Autre : _____

Usager consent à référence et transmission info.

Nom du père : _____
 Nom de la mère : _____
 Nom du conjoint: _____
 Langue communication : F A Autre : _____
 Lieu de naissance : _____
 Adresse temporaire : _____
 Code postal : _____ Tél: (____) _____

Personne contact : _____
 Lien : _____ Tél : (____) _____
 Langue communication : F A Autre : _____
 Régime de protection Situation de garde légale (précisez p.2)

Motif de la demande / Ordonnance médicale : _____

Si ord. méd. : Nom du médecin _____ Signature _____ (____) _____ Tél. _____ Date (A/M/J) _____

Diagnostic principal (date) : _____ **Médication actuelle :** _____

Conditions associées/services reçus (dates) _____

Fourniture méd./équipement remis : (précisez p.2)
 Pharmacie : _____ Tél. : (____) _____ Allergies : _____

Suivi médical : MD de famille _____ Tél.(____) _____ Avisé
 Adresse : _____ Suivi : Dom. Bur. CH CLSC
 Nom/spécialité _____ CH/Clinique/adresse _____ Prochain R.V. _____
 _____ A ____/M ____/J ____
 _____ A ____/M ____/J ____

Particularité, problème ou facteur de risque : (cochez et si oui, précisez à la p.2 dans la section appropriée)
 Capacité fonctionnelle Oui Non Situation psychosociale Oui Non Environnement Oui Non
 P .J. : Protocole de soins Résumé d'hosp./des interv. Plan d'interv. Progr. d'ens. Autre(s) _____

NOM : _____ **Signature :** _____ A ____/M ____/J ____ Heure : _____



ANNEXE 3

DÉPLIANT SUR LA VACCINATION

personne infectée. Il peut s'écouler de 6 semaines à 6 mois entre l'entrée du virus dans l'organisme et le début des symptômes. Cette infection cause de la fièvre, des maux de ventre, une jaunisse, des vomissements et de la diarrhée. Le virus de l'hépatite s'attaque au foie et peut entraîner une cirrhose. Généralement, l'hépatite B reste asymptomatique et les personnes restent porteuses et peuvent transmettre la maladie.

Le vaccin n'entraîne pas d'effets secondaires spécifiques.

Un mois après votre vaccination complète contre l'hépatite B, vous devrez subir une prise de sang afin de vérifier votre réponse au vaccin.

Vaccin vivant combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (ou RRO)

La rougeole peut causer des séquelles au cerveau.

Les oreillons peuvent causer des séquelles aux oreilles et de l'infertilité chez l'homme.

La rubéole, quant à elle, est surtout dangereuse pour le fœtus si la mère contracte cette infection pendant la grossesse. Elle peut faire une fausse couche ou, le bébé peut naître avec des séquelles telles que la surdité, une malformation cardiaque, une perte de la vision, un retard mental et des dommages au cerveau.

De façon générale, la rougeole cause des rougeurs, de la toux, de la fièvre, une conjonctivite et une atteinte de l'état général.

La rubéole peut causer des rougeurs, une enflure des ganglions et de l'arthrite (surtout chez les femmes).

Les oreillons entraînent de la fièvre, des maux de tête et une enflure des glandes situées près de la mâchoire.

Comme c'est un vaccin vivant contenant des virus vivants **atténués**, il faut attendre que votre nouvelle moelle fonctionne bien avant de vous

donner ce vaccin et ce, afin d'éviter des mini-virémies. C'est pour cette raison que ce vaccin vous sera administré lors de votre dernière visite de vaccination; soit plus de 24 mois post-greffe.

☞ Le vaccin RRO peut occasionner l'apparition de rougeurs et d'une légère fièvre non contagieuse entre la 5^e et la 12^e journée post-vaccination. Une enflure des glandes près de la mâchoire ou une douleur aux jointures sont aussi possibles dans les semaines suivant la vaccination. Dans de très rares cas, une baisse temporaire des plaquettes (thrombocytopenie) ou des problèmes neurologiques ont été rapportés (moins de un cas par million de doses).

Pour s'assurer de la réponse optimale de votre système immunitaire suite à la greffe de cellules hématopoïétiques, le calendrier suivant sera suivi :

| Visite | 1 ^{ère} | 2 ^{ème} | 3 ^{ème} |
|--------------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------|
| Nombre de mois post-GMO | 12 mois | 14 mois (ou au moins 2 mois après la 1 ^{ère} dose) | 24 mois |
| Date de ma greffe : | Date de 1 ^{ère} dose : | Date de 2 ^e dose : | Date de 3 ^e dose : |
| dCaT | Dose # 1 | | |
| d ₂ T ₅ -Polio | | Dose # 2 | Dose # 3 |
| Act-Hib | Dose # 1 | Dose # 2 | Dose # 3 |
| Pneumocoque | Dose # 1 | | Dose # 2 |
| Hépatite B | Dose # 1 | Dose # 2 | Dose # 3 |
| RRO | | | Dose # 1 |

Centre d'oncologie

Références :

- MSSS. (2007). Protocole d'immunisation du Québec.
- www.vulgaris-medical.com

Document réalisé par Olivier Bernèche, étudiant au Bacc. Sc. Inf. en collaboration avec Manon Rousseau et Nicole Pharand, Inf. (2006).

Révisé en 2008 par Francine Grondin, HMR.

LA VACCINATION POST-GREFFE DE CELLULES HÉMATOPOÏÉTIQUES



**Votre passeport
vers une
meilleure prévention
des infections**

Pourquoi me faire vacciner suite à une greffe de cellules hématopoïétiques (GMO) ?

Les effets du cancer, les traitements de chimiothérapie et les médicaments anti-rejet qui vous ont été administrés suite à votre greffe ont pu entraîner une perte de l'immunité que vous aviez acquise lors de votre vaccination infantile.

Qu'est-ce que ces vaccins m'apportent ?

Les vaccins prévus lors du calendrier de vaccination post-GMO visent à vous redonner une immunité face à certaines infections potentiellement dangereuses ou particulièrement courantes et contagieuses. La prévention est reconnue comme la meilleure arme contre ces maladies et, la vaccination est considérée comme étant une des méthodes les plus efficace et ce, à peu de risques.

Y-a-t-il des risques à recevoir ces vaccins ?

Très peu de risques sont associés à recevoir ces vaccins. Se sont des vaccins prévus contre les mêmes maladies que celles inscrites au calendrier du Protocole d'immunisation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Lors de l'administration d'un vaccin, il existe un faible risque de réaction allergique. La réaction allergique débute dans les minutes qui suivent et, la personne qui administre le vaccin peut traiter cette réaction. C'est pour cette raison que vous resterez sous observation 15 minutes après avoir reçu vos vaccins afin de surveiller d'éventuelles réactions allergiques.

Quelles sont les réactions possibles aux vaccins ?

Comme toute injection, une sensibilité locale et une légère irritation sont possibles et devraient disparaître dans les 48 heures suivant l'injection. Pour les vaccins intramusculaires, une légère douleur musculaire temporaire (myalgie) est aussi possible. Une compresse humide et froide peut aider à soulager ces inconforts.

Une légère fièvre est aussi possible à l'intérieur de 48 heures suivant l'injection, ainsi que des maux

de tête et des douleurs musculaires. Si votre température est au-dessus de 38°C, un médicament de type acétaminophène devrait aider à la contrôler. Dans de très rares cas, des douleurs et de la faiblesse dans le bras peuvent survenir pendant plusieurs semaines.

Quels vaccins vais-je recevoir ?

Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos ainsi que la poliomyélite

La diphtérie et la poliomyélite sont deux maladies ayant fait des ravages partout dans le monde.

La diphtérie peut causer des maux de gorge, une forte fièvre, des problèmes respiratoires et cardiaques. Elle peut, entre autre, causer une paralysie et même la mort (5 à 10% des cas).

Le poliovirus peut causer de la fièvre, des nausées, des vomissements, des malaises généraux et des séquelles du système nerveux avec une paralysie souvent permanente.

La coqueluche est une infection bactérienne, très contagieuse qui se manifeste par des quintes de toux qu'on a surnommées « Chant du coq » pouvant causer des difficultés respiratoires importantes. Ces symptômes peuvent durer des mois. Elle peut causer des pneumonies, être responsable de convulsions et de complications neurologiques.

Le tétanos, une infection causée par le *Clostridium tetani*, peut être contracté par un contact direct (une plaie, par exemple) par des objets souillés portant la bactérie (souvent des objets extérieurs : un outil, par exemple). Le tétanos cause des spasmes musculaires de la mâchoire, des cordes vocales et de tout le corps. Contracter cette maladie lorsque non immunisé, peut entraîner une paralysie mortelle.

La vaccination contre ces maladies est efficace pour le dT à 95% et pour la coqueluche à 82%. Souvent les immunosupprimés répondent moins

bien à la vaccination car ils forment moins d'anticorps.

La vaccination a presque permise d'enrayer ces infections en Amérique du Nord. Le dCaT-Polio n'entraîne pas d'autres effets secondaires spécifiques.

Vaccin conjugué contre l'Haemophilus influenzae de type b (Act-Hib)

L'Haemophilus influenzae de type b est une bactérie. Les infections causées par le Hib peuvent toucher les méninges ou l'épiglotte qui, lorsque non traitées, peuvent être très dangereuses et entraîner des séquelles graves telles que la surdité et le retard mental. Cette bactérie est aussi responsable de d'autres maladies telles que la septicémie, la cellulite, l'arthrite infectieuse et la pneumonie.

La vaccination contre cette maladie est efficace et supérieure à 95%.

Le vaccin Hib n'entraîne pas d'autres effets secondaires spécifiques.

Vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque

Le pneumocoque est une bactérie courante qui se retrouve dans les voies respiratoires d'un grand nombre de gens. Cette bactérie se transmet avec les sécrétions du nez et de la gorge d'une personne infectée. L'infection par un pneumocoque cause la méningite. La mort peut survenir dans 40 à 55% des cas, malgré le traitement aux antibiotiques.

Le vaccin n'entraîne pas d'effets secondaires spécifiques.

Vaccin contre l'hépatite B

L'hépatite B est une infection transmise par le contact d'une muqueuse ou d'une plaie avec le sang, le sperme ou les sécrétions vaginales d'une

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

CODES-
BARRES

ADRESSOGRAPHE

Pour vous, pour la vie

**Programme de vaccination
pour l'usager ayant reçu une greffe de cellules hématopoïétiques**

| OUI | NON | QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION |
|-----|-----|--------------------------------|
|-----|-----|--------------------------------|

- Maladies fébriles actuelles T° > 38.5° C :**

- Histoire d'allergie (aliments, médicaments, autres vaccins) :**
Allergie à :

Type de réactions allergiques :

- Problèmes de santé actuels :**

- Troubles neurologiques (non contrôlés (dT polio)) :**

- Syndrome de Guillain Barré (dT polio) :**

- Névrite brachiale (dT polio) :**

- Grossesse :**

- Troubles de coagulation :**

- Vaccination au cours du dernier mois :**

- Autres :**

● **Si contre-indication(s) aviser le médecin** ⇨ **Nom :**

○ **Médecin avisé : Date :** _____ **Initiales :** _____

Signature de l'infirmière : _____ Date :

ANNEXE 5

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

CODES-
BARRES

ADRESSOGRAPHE

Pour vous, pour la vie

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Programme de vaccination pour l'utilisateur ayant reçu une greffe de cellules hématopoïétiques

Je, _____, après avoir pris
connaissance du programme de vaccination et des effets secondaires mentionnés,

- Accepte l'immunisation
- Refuse l'immunisation (faire revoir par le médecin)

Signature : _____

Date :

Usager

Signature : _____

Date :

Témoin