

Titre : **ADMINISTRATION DES PRODUITS IMMUNISANTS (anti-influenza et anti-pneumocoque)**

Intervenants concernés :

- Le personnel infirmier;
- Le personnel infirmier auxiliaire.

Date d'entrée en vigueur : Novembre 2007

Date de révision : Août 2014

Référé à :

- Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

Secteurs d'activités visés:

- Tous les secteurs.

Sites :

CLSC : de Saint-Michel de Saint-Léonard
Centres d'hébergement : de Saint-Michel des Quatre-Temps des Quatre-Saisons
Ressource non-institutionnelle : UTRF Navarro RI Lacordaire

BUT

Encadrer la pratique de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire dans le cadre de la campagne de vaccination annuelle, anti-influenza et antipneumocoque.

CLIENTÈLE VISÉE

Toute personne ciblée par la campagne anti-influenza et anti-pneumocoque

DÉFINITION OU CONTEXTE

Le personnel **infirmier auxiliaire** peut contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique, en conformité avec le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

Le personnel **infirmier auxiliaire** habilité peut administrer un produit immunisant (vaccin) en collaboration avec un médecin ou une infirmière.

CONDITIONS

- En vertu du Règlement de l'Ordre des **infirmières et infirmiers auxiliaires** du Québec (OIIAQ), sur les activités de formation continue du personnel **infirmier auxiliaire**, le personnel **infirmier auxiliaire** doit avoir complété, avec succès, la formation prévue au Règlement ou avoir réussi un programme d'études comportant la formation prévue au Règlement avant d'administrer des vaccins.

- Le personnel **infirmier auxiliaire** doit préparer et administrer les produits immunisants dans les minutes qui suivent l'évaluation et la décision de l'infirmière. Le délai entre l'évaluation et l'administration des produits ne doit pas excéder deux heures.
- L'**infirmière auxiliaire**, de même que l'**infirmière**, doit se référer et se conformer aux recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) à l'égard des techniques rattachées à l'administration d'un produit immunisant et de l'inscription au dossier des produits immunisants administrés (Cf. Annexes 1 et 2).
- De plus, l'**infirmière auxiliaire** doit signaler à l'**infirmière** toute réaction éventuelle de la personne à la vaccination et la noter au dossier. En cas de réactions adverses immédiates, il revient à l'**infirmière** d'évaluer la situation et de décider des mesures d'urgence appropriées et de déclarer les manifestations cliniques inhabituelles (Cf. Annexes 3 et 4)
- C'est pourquoi, l'infirmière doit superviser la vaccination, c'est-à-dire demeurer dans le même édifice et être rapidement accessible au moment où l'**infirmière auxiliaire** administre le produit, de façon à pouvoir intervenir au besoin.
- L'**infirmière auxiliaire** de même que le médecin et l'**infirmière** ont l'obligation comme professionnels de faire preuve de compétence et d'habileté dans leur pratique. L'**infirmière auxiliaire** a la responsabilité individuelle de s'assurer qu'elle possède l'information complète et à jour concernant les produits immunisants qu'elle décide d'administrer.
- L'**infirmière auxiliaire** doit être supervisée à deux reprises par une **infirmière** de l'établissement, laquelle nous confirme, à l'appui de la grille : *Appréciation de l'habileté à appliquer une technique de soins : administration d'un vaccin par voie intramusculaire (IM) chez l'adulte et l'enfant* (Cf. Annexe 5), que l'**infirmière auxiliaire** est habilitée à appliquer la technique de soins. Une copie sera envoyée à la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles (DSI-PP), ainsi qu'à la Direction des ressources humaines (DRH).
- L'**infirmière auxiliaire** doit avoir intégré les mises à jour annuelles relativement aux vaccins ainsi que les directives énoncées dans le PIQ.

INDICATIONS

Les vaccins suivants sont autorisés :

- Vaccin anti-influenza
- Vaccin anti-pneumocoque

CONTRE-INDICATIONS

Si l'une des conditions énumérées ci-haut n'est pas remplie, le personnel **infirmier auxiliaire** ne peut pas procéder à la vaccination.

Le personnel **infirmier auxiliaire** provenant d'agence ne peut procéder à la vaccination à moins de répondre aux critères et conditions de l'établissement.

LIMITES/RÉFÉRENCES AUX MÉDECINS

Tel que recommandé dans le PIQ, c'est à l'**infirmière** de demander une évaluation médicale avant de vacciner dans certains cas, tels que :

- Réactions de type anaphylactique, lors de la dernière vaccination.
- Allergies possibles à une des composantes du produit immunisant.
- Manifestations cliniques inhabituelles survenues lors de la dernière vaccination.

DIRECTIVES

AVANT DE PROCÉDER À LA VACCINATION

L'infirmière doit:

- Vérifier le statut et l'histoire vaccinaux de la personne à l'aide de son carnet de vaccination, de son dossier médical, de son dossier de santé ou du registre de vaccination (en élaboration), conformément aux modalités prévues par la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, la Loi sur la santé publique et le Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2, r 1).
- Déterminer la pertinence de vacciner la personne à la lumière des données recueillies, des indications et des contre-indications.
- Renseigner la personne ou son représentant légal sur les avantages et les risques de l'immunisation, qui sont mentionnés dans les feuilles d'information pour les personnes à vacciner fournies avec le PIQ (Cf. Annexes 8a et 8b).
- Obtenir le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal avant de procéder à la vaccination. Un consentement verbal est suffisant. L'obtention du consentement doit être écrit au dossier du client ou doit être consigné par écrit sur les formulaires dédiés à la vaccination (Cf. Annexes 6 et 7).
- Décider de procéder ou non à la vaccination ainsi que la posologie, la voie d'administration qui s'y rattachent (L'infirmière auxiliaire doit donc obtenir l'autorisation de l'infirmière avant d'administrer un vaccin).
- Consigner au dossier ou sur le formulaire pré-vaccination l'information relative à l'évaluation vaccinale ainsi que celle relative à la décision de procéder ou non à la vaccination.

LORS DE L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN

L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire doit :

- Administrer le produit immunisant en conformité avec les techniques d'administration d'un vaccin (Cf. Annexes 1 et 2) en respectant la posologie, la voie d'administration et le calendrier d'immunisation.
- Respecter les consignes pour la manipulation et la conservation des produits immunisants :
 - Conserver toujours les produits utilisés au cours de la séance entre 2 et 8°C dans les glacières ou les sacs isolants si l'accès à un réfrigérateur n'est pas possible.
 - Éviter d'ouvrir fréquemment la glacière durant la séance. Il est recommandé d'utiliser un accumulateur de froid (Ice Pack), préalablement laissé à la température ambiante de 15 à 30 minutes, et le recouvrir d'au moins 3 épaisseurs d'un chiffon, sur lequel seront déposées quelques

fioles de produit immunisant. Pour protéger les fioles de la lumière, les recouvrir d'un chiffon ou les laisser dans leur boîte.

- Éviter de déposer les fioles directement sur l'accumulateur de froid, car les produits pourraient geler.
 - Utiliser les produits restants en priorité d'une prochaine séance de vaccination.
 - Éviter de préparer les seringues à l'avance, pour les raisons suivantes : stabilité dans les seringues inconnue, risques de contamination ou d'erreurs d'administration et pertes de vaccin.
- Noter les immunisations dans le dossier et le carnet de vaccination, puis les inscrire au registre de vaccination, lorsqu'il sera en place, avec l'autorisation de la personne selon les modalités prévues par la Loi sur la santé publique.
 - Observer les réactions adverses immédiates manifestées par l'utilisateur et dans le cas de l'infirmière auxiliaire, en faire part à l'infirmière.
 - S'assurer que l'utilisateur qui reçoit un vaccin demeure sur place durant les 15 minutes qui suivent la vaccination.

En présence de réactions adverses immédiates

- Il revient à **l'infirmière** d'évaluer la situation et de décider des mesures d'urgence qui s'appliquent le cas échéant. **L'infirmière auxiliaire** est donc tenue de signaler à l'infirmière toute réaction inhabituelle à la vaccination.
- En présence de réaction de type anaphylactique, l'infirmière applique le protocole d'intervention (Cf. Ordonnance collective 4 – Administration de l'adrénaline en cas de réactions anaphylactiques) et compose le code d'urgence de l'établissement 5555 ou compose le 911 afin de joindre le service Urgence-Santé si la séance de vaccination se déroule hors de notre établissement.
- **L'infirmière** déclare toute manifestation clinique inhabituelle en remplissant le formulaire : Déclaration de manifestations cliniques survenues après une vaccination (Cf. Annexe 3) et l'achemine à la Direction de la santé publique. Une copie du formulaire est conservée au dossier du client.

SOURCES ET RÉFÉRENCES

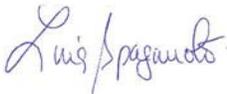
- Règles de soins infirmiers, Administration des vaccins, Soins de courte et longue durée. CSSS du Sud-Ouest-Verdun, septembre 2006.
- Modalités relatives à l'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la Santé (Loi 90) et de la Loi sur les infirmiers et infirmières, CHSLD Les Havres. Dagenais, Carole, 2005.
- Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), 2013.
- Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la Santé, OIIQ, 2003.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	Technique de soins : Administration d'un vaccin par voie intra musculaire (IM) chez l'adulte et l'enfant.
Annexe 2	Technique d'administration intranasale (Flumist)
Annexe 3	Déclaration de manifestations cliniques survenues après une vaccination
Annexe 4	Urgences liées à la vaccination
Annexe 5	Appréciation de l'habileté à appliquer une technique de soins
Annexe 6	SLS020- Vaccination contre l'influenza 2013-2014
Annexe 7	SLS182- Vaccination contre le pneumocoque 2013-2014
Annexe 8	A) Feuillelet d'information –Vaccin injectable contre l'influenza (grippe) saisonnière B) Feuillelet d'information –Vaccin intranasal contre l'influenza (grippe) saisonnière
Annexe 9	Feuillelet d'information –Vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque

PROCESSUS D'ÉLABORATION ET D'APPROBATION

Rédigé par :	Novembre 2007
	
Run Kim, conseillère cadre en soins infirmiers Direction des soins infirmiers	
Consultation auprès de :	
<ul style="list-style-type: none"> Carole Dagenais, conseillère cadre en soins infirmiers 	
Approuvé par :	Novembre 2007
	
Sylvie Berthiaume, infirmière Directrice des soins infirmiers	

Révisé par : 	Août 2014
Nancy Boisvert, conseillère cadre à la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles	
Approuvé par :  Lina Spagnuolo, Directrice, Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles	Août 2014

APPRÉCIATION DE L'HABILITÉ À APPLIQUER

Une technique de soins

Technique de soins : Administration d'un vaccin par voie intra musculaire (IM) chez l'adulte et l'enfant	
Date :	2005-11-17
Date de révision :	2007-10-29, 2014-08-20

DÉFINITION

Préparer et injecter dans les tissus musculaires un produit immunisant (vaccin).

BUT

Provoquer une immunité acquise active par l'introduction dans l'organisme de préparations de vaccins comme méthode de prévention de certaines infections.

MATÉRIEL REQUIS POUR LA VACCINATION

- produits immunisants
- seringues et aiguilles 25G7/8po, 25G1po, 25G1½ po.;
- tampons d'antiseptique;
- tampons d'ouate ou compresses;
- diachylons;
- contenant bio-risque
- 2 ampoules d'adrénaline 1 :1000 (vérifier date de péremption);
- matériel d'urgence pour la réanimation cardiorespiratoire.

PROCÉDURE

1. Avant la vaccination:

- Vérifier le dossier et l'ordonnance médicale, s'il y a lieu.
- Connaître le protocole du produit immunisant à administrer: composition, conservation, indications, contre-indications, précautions, interactions, manifestations cliniques.
- Vérifier l'identité de la personne.
- Se laver les mains avant de manipuler le matériel servant à la vaccination et entre chaque personne vaccinée.
- Préparer le matériel requis.
- Vérifier les caractéristiques du produit à administrer :
 - nom, présentation, apparence, posologie;
 - mode de conservation;
 - date de péremption.

Attention : Lorsque celle-ci est exprimée en mois, le produit peut être utilisé pendant tout le mois. Si une journée du mois est indiquée sur le produit, celui-ci pourra être utilisé jusqu'à ce jour inclusivement. Si la date de péremption est dépassée, il faut utiliser un autre produit.

2. Préparation du produit immunisant

Il n'est pas recommandé de préparer les seringues d'avance, car on possède peu de données sur la stabilité des produits immunisants dans les différents types de seringues offertes sur le marché.

Les règles d'asepsie les plus rigoureuses doivent être observées au cours de la préparation et de l'administration d'un vaccin.

- Si une fiole multidose est utilisée, inscrire sur l'étiquette de la fiole la date et l'heure d'ouverture.
- Retirer la partie centrale de la capsule métallique de la fiole.

ATTENTION : Ne jamais enlever la bande métallique qui encercle le bouchon de caoutchouc

- Agiter la fiole immédiatement avant de prélever chaque dose de produit immunisant, afin de rendre le contenu homogène.
- Nettoyer la surface du bouchon de caoutchouc avec un tampon d'alcool. Laisser sécher.
N.B. : S'il s'agit d'une fiole multidose, laisser le tampon alcoolisé en contact avec la surface du bouchon durant quelques minutes, l'enlever et laisser sécher avant chaque nouvelle introduction de l'aiguille.

- Aspirer dans la seringue un volume d'air égal à la quantité de produit immunisant à prélever.
- Enlever le capuchon de l'aiguille. Tourner la fiole à l'envers et insérer dans le centre du bouchon de caoutchouc, la pointe de l'aiguille, le biseau vers le haut.

N.B. : On évite de lacérer le bouchon de caoutchouc en utilisant son centre, car il est plus mince et plus facile à perforer.

- Appuyer lentement sur le piston pour faire entrer l'air dans la fiole.
- Retourner la fiole et aspirer dans la seringue la quantité requise de vaccin. Même si le contenu d'un format unidose peut varier légèrement, il est généralement recommandé d'en administrer tout le contenu.
- On peut aussi injecter l'air par petites quantités tout en retirant des quantités égales de liquide.
- Retirer l'aiguille de la fiole et chasser les bulles d'air de la seringue.

N.B.¹ : Pour votre protection, vous pouvez aspirer le liquide contenu dans l'aiguille pour éviter des éclaboussures au retrait de l'aiguille.

N.B.² : La bulle d'air de 0.2ml laissée dans la seringue avant une injection intramusculaire a été évoquée pour l'administration de médicaments irritants et des vaccins contenant des adjuvants (sels d'aluminium). Par contre, il n'y a pas eu d'études pour soutenir cette affirmation. Par conséquent, cette pratique n'est plus obligatoire.

- Replacer la fiole au frigo ou dans la glacière contenant le "Ice Pack", immédiatement après le prélèvement s'il s'agit d'une fiole multidose ayant un agent de conservation. Un produit entamé qui n'a pas d'agent de conservation ne peut pas être conservé pour utilisation ultérieure, il doit être jeté à la fin de la séance de vaccination.
- Jeter le matériel utilisé dans le récipient approprié.

Attention : Au cours d'une séance de vaccination, on peut prélever la quantité restante d'une fiole multidose et compléter la dose requise avec une autre fiole à condition que ces fioles aient le même numéro de lot.

3. Administration du vaccin

Une bonne technique d'injection IM est importante pour les raisons suivantes :

- l'injection du produit dans les tissus adipeux peut nuire à la réponse immunitaire;
- les vaccins contenant les adjuvants administrés par voie SC ou ID peuvent causer, au site d'injection, une irritation, une induration, un changement dans la coloration de la peau, de l'inflammation et la formation d'un granulome.

Injection IM			
Âge	Site d'injection	Aiguille	Procédure (résumé)
< 12mois	Muscle vaste externe	Calibre 25 7/8 po	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un angle d'insertion de 90° • Tendre fermement la peau entre l'index et le pouce* • Enfoncer l'aiguille d'un mouvement sûr et rapide • Ne pas aspirer • Injecter rapidement le produit
≥12mois et adulte	<ul style="list-style-type: none"> • Muscle deltoïde • Muscle vaste externe 	Calibre 25 1-1½	

*Si la

personne est cachexique ou très maigre, saisir le muscle entre le pouce et l'index avant et pendant l'injection.

Sites d'injection IM :

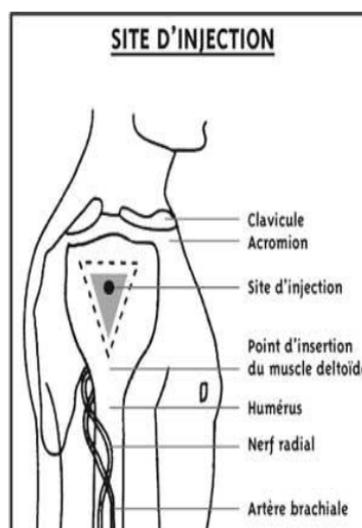
- A. Le **muscle deltoïde** est le site d'injection privilégié pour les adultes et les enfants de 12 mois ou plus; avant l'âge de 12 mois, ce muscle n'est pas assez développé pour l'utiliser.

Chaque fois que c'est possible, il faudrait éviter d'administrer un produit immunisant dans un membre susceptible d'être affecté par un problème du système lymphatique, par exemple lymphoedème ou mastectomie avec évidement ganglionnaire.

Quantité maximale pouvant être injecté dans le muscle :

- 1ml chez l'enfant
- 2ml chez l'adulte

1. Demander à la personne de se placer soit en décubitus dorsal ou latéral, soit en position assise.
2. Pour favoriser la détente du muscle deltoïde pendant l'injection, faire adopter à la personne soit la position couchée, le bras allongé le long du corps et le coude légèrement fléchi, soit la position assise, le coude plié et l'avant-bras appuyé sur l'accoudoir d'un fauteuil. On peut aussi lui faire placer la main sur l'épaule opposée au bras choisi pour l'injection.
3. Délimiter le site d'injection en traçant un triangle dont la base se situe au bord inférieur de l'acromion et le sommet au-dessus du point d'insertion du muscle deltoïde. Chez l'adulte, la zone créée mesure environ 5cm² (2pox2po) située à environ 4 travers de doigt sous l'acromion dans la partie externe du bras.



TIRÉ DE : POTTER & PERRY, SOINS INFIRMIERS THÉORIE ET PRATIQUE. P. 405

- B. Le **muscle vaste externe** est le site d'injection privilégié pour les enfants de moins de 12 mois, car il est déjà bien développé à la naissance et il est éloigné des nerfs et des vaisseaux importants. **Ce muscle peut aussi être utilisé pour les adultes.**

L'utilisation de ce site pourrait entraîner une limitation passagère du mouvement de la jambe.

Quantité maximale pouvant être injecté dans le muscle :

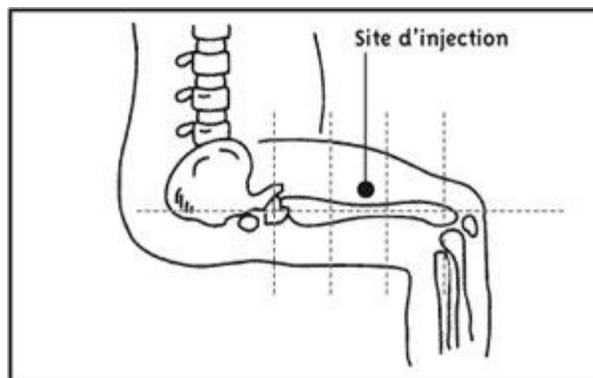
- 1ml chez l'enfant
- 3-5 ml chez l'adulte (selon la corpulence/grosseur du muscle)
(il est inhabituel d'injecter plus de 3 ml dans un muscle, car l'absorption du médicament sera plus lente. Un produit sera fractionné en 2 injections même si le muscle pourrait absorber une plus grande quantité, car l'inconfort serait trop important.)

1. Demander à la personne de se placer soit en décubitus dorsal ou latéral, soit en position assise.

Asseoir l'enfant sur une cuisse du parent et demander au parent de refermer son autre cuisse sur les jambes de l'enfant.

2. Délimiter le site d'injection en divisant en 3 portions l'espace compris entre le grand trochanter du fémur et le dessus du genou et en traçant une ligne horizontale médiane divisant la partie externe de la cuisse.

Le site d'injection se trouve dans le tiers moyen, juste au-dessus de la ligne horizontale.



ATTENTION : Le muscle dorsofessier ne doit être utilisé que pour l'administration des immunoglobulines.

Technique d'injection IM

Procédure	Spécifications
1. Palper le site pour s'assurer que les tissus sont intacts.	On ne doit pas injecter de produit immunisant là où il y a inflammation, démangeaison, cicatrice, nodule, sensibilité, induration, douleur ou vaisseau sanguin.
2. Nettoyer le site avec un tampon alcoolisé en faisant un mouvement circulaire à partir du point central vers l'extérieur en décrivant un cercle d'environ 5cm de diamètre.	Laisser sécher le site afin d'éviter à l'utilisateur la sensation de brûlure lors de l'introduction de l'aiguille. Ne pas souffler, ventiler avec la main, ni essuyer avec une ouate.
3. Tendre fermement la peau entre l'index et le pouce.	Chez la personne maigre et l'enfant, saisir la masse musculaire entre le pouce et l'index avant et pendant l'injection.
4. Enfoncer l'aiguille dans le muscle à un angle de 90°, d'un mouvement sûr et rapide.	
5. Relâcher la peau.	Il n'est pas nécessaire d'aspirer avant l'injection, puisque aucun problème lié au manque d'aspiration n'a été signalé.
6. Injecter le produit immunisant.	
7. Retirer vivement l'aiguille et comprimer légèrement le point d'injection avec un tampon d'ouate.	Chez les personnes prenant des anti-coagulants, exercer une pression ferme sur le site d'injection pendant 5 minutes.
8. Faire un léger massage.	Effectuer un mouvement circulaire doux pour aider à la diffusion du produit biologique dans les tissus et à son absorption.
9. Jeter le matériel souillé dans le contenant bio-riskue.	ATTENTION : Ne jamais replacer l'aiguille dans sa gaine de protection, ni la plier, ni la casser.
10. Se laver les mains.	

4. Notes d'observation de l'infirmière

Inscrire au dossier les éléments suivants :

- la date d'administration du vaccin (année/mois/jour);
- l'heure d'administration du vaccin;
- le nom commercial du vaccin administré;
- le numéro de lot;
- la quantité administrée;
- la voie d'administration (IM);
- le site d'injection;
- les renseignements donnés à la personne vaccinée, s'il y a lieu;
- les manifestations cliniques survenues après la vaccination, s'il y a lieu.

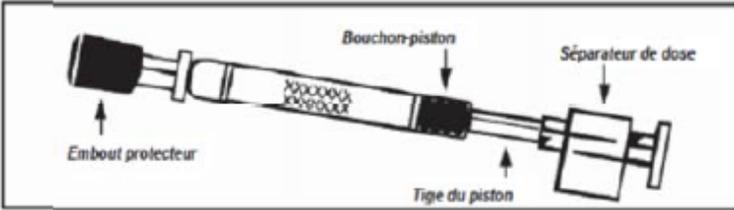
N.B. : Compléter le "Rapport de manifestations cliniques survenues après une vaccination", si besoin.

- la signature du vaccinateur : initiale(s) du prénom, nom de famille, titre professionnel.

Références :

- Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Méthodes de soins infirmiers. Cahier 2.
- No 5.10. *Administrer un médicament par voie intramusculaire*. 2003.
- Protocole d'immunisation du Québec (Juin 2013).

TECHNIQUE D'ADMINISTRATION INTRANASALE (FLUMIST)

Site d'administration	Procédure
Muqueuse nasale	 <p>Source : Monographie du vaccin Flumist, AstraZeneca, juin 2010</p> <p>Ne pas injecter, ne pas utiliser d'aiguille.</p> <ul style="list-style-type: none">• Enlever l'embout protecteur en caoutchouc synthétique• Demander à la personne de se tenir droit, en position assise• Introduire l'extrémité du vaporisateur à l'intérieur de la narine• Pousser rapidement sur le piston dans un mouvement continu jusqu'à ce que le séparateur de dose bloque le piston• Retirer le dispositif de la narine de la personne• Pincer le séparateur de dose et le retirer du piston• Vaporiser le reste du vaccin dans l'autre narine
<p>À retenir: Une inhalation active ou un reniflement n'est pas requis durant l'administration.</p> <p>Même si la personne vaccinée éternue immédiatement après, il n'est pas recommandé de reprendre la dose.</p>	

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES APRÈS UNE VACCINATION

À L'USAGE DE LA DSP : NO « ESPRI »

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VACCINÉE			N° ASSURANCE MALADIE :			
NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	AAAA-MM-JJ	SEXE	DATE DE VACCINATION	AAAA-MM-JJ
TÉLÉPHONE	() - #			<input type="checkbox"/> 1 Masculin <input type="checkbox"/> 2 Féminin		
VACCINS						
VACCIN(S) ADMINISTRÉ(S)	DOSE (1 ^{re} , 2 ^e , 3 ^e ...)	SITE	VOIE D'ADMINISTRATION	QUANTITÉ	FABRICANT	NUMÉRO DE LOT
INTERVALLE ENTRE LA VACCINATION ET LE DÉBUT DE LA MANIFESTATION CLINIQUE PRINCIPALE MOTIVANT LA DÉCLARATION :						MINUTES
MANIFESTATIONS CLINIQUES						HEURES
Ne pas signaler les manifestations cliniques clairement attribuables à une infection ou à une autre cause. Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin. Fournir tout autre renseignement, dont la durée et la gravité, au verso (RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES)						JOURS
FIÈVRE (Température la plus élevée enregistrée)			SIGNES NEUROLOGIQUES			
<input type="checkbox"/> 1 ≥ 40,5° C (105° F) <input type="checkbox"/> 2 39,0-40,4° C (102,2-104,9° F) <input type="checkbox"/> 3 Température jugée très élevée mais non mesurée (doit être accompagnée d'autres symptômes)			<input type="checkbox"/> 2 CONVULSIONS * Fébriles <input type="checkbox"/> 1 Afébriles <input type="checkbox"/> 2 Ne sait pas <input type="checkbox"/> 3 Ne pas tenir compte des évanouissements, convulsions qui surviennent en dedans des 30 minutes qui suivent l'immunisation, ni des convulsions qui entrent dans le cadre d'une encéphalopathie ou d'une méningite/encéphalite Antécédents personnels de convulsions : Non <input type="checkbox"/> 1 Antécédents inconnus <input type="checkbox"/> 2 Fébriles <input type="checkbox"/> 3 Afébriles <input type="checkbox"/> 4 Type inconnu <input type="checkbox"/> 5			
RÉACTIONS LOCALES AU SITE D'ADMINISTRATION			<input type="checkbox"/> 3 ENCÉPHALOPATHIE * Apparition rapide d'une condition neurologique grave caractérisée par <u>au moins deux des signes suivants</u> : i : Convulsions ii : Changement marqué dans le niveau de conscience ou l'état mental (comportement et/ou personnalité) qui dure 24 heures ou plus iii : Signes neurologiques en foyer qui persistent pendant plus de 24 heures			
<input type="checkbox"/> 1 ABCÈS INFECTÉ (cocher un ou deux des éléments ci-dessous) Coloration de gram ou culture positive <input type="checkbox"/> 1 Écoulement purulent avec signes d'inflammation <input type="checkbox"/> 2 Sans écoulement, avec signes d'inflammation <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 4 MÉNINGITE ET/OU ENCÉPHALITE * Résultats anormaux du LCR et installation rapide de : i : Fièvre avec raideur de la nuque ou signes d'atteinte méningée OU ii : Signes et symptômes d'encéphalopathie (voir ENCEPHALOPATHIE ci-dessus) (inscrire le résultat de l'analyse du LCR dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO)			
<input type="checkbox"/> 2 ABCÈS STÉRILE/NODULE (aucun signe d'infection) Durant plus d'un mois et mesurant plus de 2,5 cm de diamètre Culture non faite <input type="checkbox"/> 1 Culture négative <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 5 ANESTHÉSIE/PARESTHÉSIE * Qui dure plus de 24 heures (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO) Généralisée <input type="checkbox"/> 1 Localisée <input type="checkbox"/> 2			
<input type="checkbox"/> 3 RÉACTION LOCALE IMPORTANTE (cocher un ou plusieurs éléments ci-dessous) Qui dure 4 jours ou plus <input type="checkbox"/> 1 Qui s'étend au-delà de l'articulation la plus proche <input type="checkbox"/> 2 Autre (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») <input type="checkbox"/> 3			<input type="checkbox"/> 6 PARALYSIE * (Ne pas cocher si syndrome de Guillain et Barré déjà coché) Paralysie des membres <input type="checkbox"/> 1 Paralysie faciale ou des nerfs crâniens <input type="checkbox"/> 2 (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO)			
<input type="checkbox"/> 4 CELLULITE* Infection cutanée avec prescription d'antibiotiques			<input type="checkbox"/> 7 SYNDROME DE GUILLAIN ET BARRÉ * Diminution progressive et subaiguë de la force musculaire de plus d'un membre (habituellement symétrique) avec hyporéflexie/aréflexie			
MANIFESTATIONS CLINIQUES SYSTÉMIQUES			DIVERS			
<input type="checkbox"/> 1 ADÉNOPATHIE GRAVE (cocher l'un des éléments ci-dessous) Tuméfaction ganglionnaire sans écoulement <input type="checkbox"/> 1 Tuméfaction ganglionnaire avec écoulement <input type="checkbox"/> 2 (s.v.p. décrire dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO)			<input type="checkbox"/> 1 PAROTIDITE Glande(s) parotide(s) tuméfié(es) douloureuse(s) ou sensible(s)			
<input type="checkbox"/> 2 ALLERGIE (cocher un ou plusieurs éléments ci-dessous) Anaphylaxie (décrire dans « renseignements complémentaires ») (VERSO) <input type="checkbox"/> 7 Difficulté respiratoire due à un bronchospasme <input type="checkbox"/> 1 Œdème au niveau de la bouche ou de la gorge <input type="checkbox"/> 2 Œdème au visage ou généralisé <input type="checkbox"/> 3 Manifestations cutanées prurigineuses (décrire « renseignements complémentaires ») Urticaire <input type="checkbox"/> 4 Autre manifestation cutanée avec prurit <input type="checkbox"/> 5 Autre allergie (décrire dans « renseignements complémentaires ») (VERSO) <input type="checkbox"/> 6			<input type="checkbox"/> 3 THROMBOCYTOPÉNIE * (Inscrire le résultat de l'analyse dans la case « renseignements complémentaires »)			
<input type="checkbox"/> 3 ÉRUPTION CUTANÉE (sans prurit marqué) Qui dure 4 jours ou plus (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») Généralisée <input type="checkbox"/> 1 Localisée <input type="checkbox"/> 2 Qui dure < 4 jours (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») Généralisée <input type="checkbox"/> 3 Localisée <input type="checkbox"/> 4			<input type="checkbox"/> 4 SYNDROME OCULO-RESPIRATOIRE (SOR) (Selon les définitions de surveillance)			
<input type="checkbox"/> 4 CHOC ANAPHYLACTIQUE * Dans les 30 minutes suivant l'immunisation, associé habituellement à une réaction allergique et évoluant rapidement vers un collapsus cardiovasculaire. Requiert l'administration d'adrénaline			<input type="checkbox"/> 5 INVAGINATION INTESTINALE * (Selon les définitions de surveillance)			
<input type="checkbox"/> 5 ÉPISODE D'HYPOTONIE-HYPORÉACTIVITÉ (enfant < 2 ans seulement) Présence de <u>toutes les caractéristiques suivantes</u> : i : diminution/perde généralisée du tonus musculaire ET ii : baisse du niveau de conscience ou perte de conscience ET iii : pâleur ou cyanose. Ne devrait pas être confondu avec un évanouissement, un choc vaginal, un état post-convulsif, une anaphylaxie ou un état léthargique dû à la fièvre			AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES GRAVES OU INHABITUELLES <input type="checkbox"/> Inclure toute manifestation clinique susceptible d'être associée à l'immunisation, qui ne peut être classée dans aucune des catégories énumérées ci-dessus ni être clairement reliée à une autre cause. Signaler les manifestations cliniques présentant un intérêt clinique et pour lesquelles il faut consulter un médecin, en particulier celles qui (une seule est suffisante) : i : sont mortelles ii : menacent le pronostic vital iii : requièrent une hospitalisation iv : entraînent une incapacité permanente Formuler sous forme de diagnostic : _____ _____			
<input type="checkbox"/> 6 ARTHRALGIE/ARTHRITE Douleur ou inflammation articulaire qui dure au moins 24 heures S'il s'agit d'une poussée évolutive d'une maladie préexistante, fournir les détails dans la case « renseignements complémentaires » (VERSO)			NOM DU PARENT : _____			
<input type="checkbox"/> 7 VOMISSEMENTS ET/OU DIARRHÉES GRAVES Doivent être assez sévères pour nuire aux activités quotidiennes			N° TÉL. TRAVAIL : () - #			
<input type="checkbox"/> 8 ÉPISODE DE CRIS OU PLEURS PERSISTANTS Inconsolable pendant 3 heures ou plus OU type de pleurs vraiment anormal pour l'enfant						

ÉVOLUTION DES MANIFESTATIONS CLINIQUES AU MOMENT DU RAPPORT (Veuillez transmettre toute information subséquente)									
RECUPERATION <input type="checkbox"/> ¹	SEQUELLES (Décrire) <input type="checkbox"/> ²	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> ⁴	DECES <input type="checkbox"/> ⁵	PAS ENCORE RETABLI <input type="checkbox"/> ⁶	DATE DE DECES	AAAA-MM-JJ			
CONSULTATION MÉDICALE (urgence, clinique externe, clinique médicale, etc.)									
OUI <input type="checkbox"/> ¹	NON <input type="checkbox"/> ²	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> ³	(SI OUI, INSCRIRE LES DETAILS PERTINENTS DU TRAITEMENT DANS LA CASE « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES » CI-DESSOUS)						
HOSPITALISATION A LA SUITE DE L'APPARITION DES MANIFESTATIONS CLINIQUES									
OUI <input type="checkbox"/> ¹	NON <input type="checkbox"/> ²	NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> ³	DATE D'ADMISSION	AAAA-MM-JJ	DATE DE SORTIE	AAAA-MM-JJ			
Un séjour de moins de 24 heures n'est pas une hospitalisation									
RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES			Indiquer toute information pertinente dans cette section, en particulier la durée de l'incident et sa gravité, médicaments pertinentes, antécédents, etc. en précisant la date de mise à jour (An/Mois/Jour)						
DURÉE TOTALE DES MANIFESTATIONS :			MIN <input type="checkbox"/>	HRS <input type="checkbox"/>	JRS <input type="checkbox"/>	GRAVITÉ DU CAS :			
						LEGER <input type="checkbox"/>	MODERE <input type="checkbox"/>	GRAVE <input type="checkbox"/>	
CONSIGNES POUR REMPLIR LE RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES									
<p>1 Signaler uniquement les manifestations cliniques survenues après l'administration d'un vaccin et qui ne peuvent être clairement attribuées à une ou des conditions co-existantes et tenir compte des définitions proposées. Il n'est pas nécessaire d'établir une relation de cause à effet entre l'immunisation et les manifestations cliniques. La soumission d'un rapport ne met pas nécessairement en cause le vaccin. Inscrire tous les vaccins administrés lors de la séance de vaccination, sauf dans le cas de réaction locale clairement attribuable à 1 seul vaccin.</p> <p>2 Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin.</p> <p>3 Inscrire l'intervalle entre l'administration du ou des vaccins et l'apparition de la manifestation clinique principale motivant la déclaration (en minutes, heures ou jours). Noter la DURÉE de la manifestation clinique principale dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES.</p> <p>4 Fournir au besoin tous les renseignements pertinents dans la case RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, notamment : diagnostics du médecin, résultats des tests diagnostiques ou de laboratoire, traitements à l'hôpital et diagnostics au moment du congé lorsque la personne vaccinée a été hospitalisée à cause des manifestations cliniques rapportées. Si on le juge indiqué, des photocopies des dossiers originaux peuvent être soumises. On précisera la sévérité des manifestations (LÉGER : ne nuit pas aux occupations régulières, MODÉRÉ : nuit aux occupations régulières, GRAVE : empêche les occupations régulières).</p> <p>5 Fournir des renseignements pertinents sur les antécédents médicaux qui se rapportent aux manifestations cliniques signalées, par exemple : antécédents d'allergie, épisodes antérieurs ou maladies concomitantes.</p>									
REMPLE PAR (S.V.P. compléter en lettres moulées)									
NOM, PRÉNOM					TÉLÉPHONE () - #				
ÉTABLISSEMENT, ADRESSE (Établissement, N°. rue, etc.)				VILLE	PROVINCE QC	CODE POSTAL			
PROFESSION	SIGNATURE			DATE	AAAA-MM-JJ				
PERSONNE VACCINÉE INFORMÉE D'UN APPEL POSSIBLE DE LA DSP : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									
NOTES (Réservé à la Direction de santé publique)									
SUIVI : OUI <input type="checkbox"/> ¹ TERMINÉ <input type="checkbox"/> ²				REGISTRE DÉCISIONNEL : <input type="checkbox"/> ¹ OUI <input type="checkbox"/> ² NON <input type="checkbox"/> ³ INACTIVÉ					
NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE A LA DSP			SIGNATURE			DATE	ANNÉE	MOIS	JOUR

URGENCES LIÉES À LA VACCINATION

(Référence : Protocole d'immunisation du Québec, Ch. 8.1.4)

	RÉACTION VASOVAGALE	RÉACTION ANAPHYLACTIQUE
Délai (après l'injection)	Parfois avant, mais habituellement de quelques secondes à quelques minutes après l'administration du produit.	Dans les 30 minutes qui suivent l'administration du produit. Les réactions les plus graves surviennent dans les 15 premières minutes.
État de conscience	Sensation de perte de conscience, étourdissements, perte de conscience dans certains cas.	Anxiété au début et évolution vers la perte de conscience dans les cas graves.
Respiration	Respiration ralentie, apnée de quelques secondes dans certains cas.	Difficultés respiratoires : toux, éternuements, dyspnée, respiration sifflante, stridor.
Pouls	Ralenti et faible, mais régulier	Rapide, faible et irrégulier
Peau, téguments	Diaphorèse, peau froide, teint pâle	Peau chaude au début, évolution vers la pâleur et la froideur des téguments. Prurit et urticaire (>90% des cas). Œdème facial, œdème de la langue
TA	Hypotension	Hypotension (pression systolique <90 mm Hg) et évolution possible vers le collapsus cardiovasculaire
Système gastro-intestinal	Nausées, vomissements	Nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée
TRAITEMENT	<p>Coucher la personne sur le dos, les jambes soulevées au-dessus du niveau de la tête (ou la faire asseoir, la tête entre les jambes). Bien aérer la pièce. Placer une serviette humide et froide sur le visage de la personne. Rassurer la personne. Prendre les signes vitaux de la personne</p>	<p>RÉACTION ANAPHYLACTIQUE (ATTEINTE D'AU MOINS 2 DES SYSTÈMES : dermatologique, respiratoire, circulatoire ou digestif)</p> <p>SUIVRE LES INDICATIONS AU VERSO</p>
Prévention	<p>Ne jamais vacciner une personne lorsqu'elle est debout. Avant la vaccination, on doit lui demander si elle a tendance à s'évanouir ; si oui, on lui demande de prendre la position allongée. Il est possible de réduire le risque d'évanouissement en prenant des mesures pour atténuer le stress (période d'attente brève, préparation des vaccins à l'abri des regards, vacciner rapidement)</p>	<p>Avant la vaccination, il faut demander à la personne si elle a déjà fait une réaction anaphylactique à un produit quelconque ; dans l'affirmative, on doit lui demander le nom de ce produit et prendre la décision appropriée.</p>

INTERVENTION
LORS D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE

(Référence : Protocole d'immunisation du Québec, Ch. 8.2.3- 8.3)

- Administrer une 1^{ère} dose d'épinéphrine (adrénaline) 1 :1000 (0,01 ml/kg) dans un site autre que celui du vaccin
Dose maximale : 0.5 ml. Référez-vous au tableau lorsque vous ne connaissez pas le poids corporel.
- Signaler le **code bleu** via le ☎ **5555** ET contacter le ☎ **9 1 1**.
- Coucher la personne sur le dos, les jambes surélevées.
- Dégager les voies respiratoires au besoin.
- Surveiller les signes vitaux et débiter RCR au besoin.
- **Répéter l'épinéphrine à un autre site aux 5 à 15 minutes, s'il n'y a pas d'amélioration des signes vitaux.**
- Transférer la personne le plus rapidement à l'hôpital avec une copie du «Rapport clinique lors d'une réaction anaphylactique» (CSSS0122).
 - Nom des vaccins et des produits administrés, numéro de lot, la voie d'administration et le site d'injection de chacun
 - Heure de la constatation de la réaction
 - Réaction présentée : signes et symptômes, état de la personne
 - Manœuvres faites pendant la réanimation.
 - État de la personne à son départ du lieu de la vaccination
 - Heure du transfert à l'hôpital
- Remplir le formulaire ESPRI et l'acheminer à la DSP.

ÂGE	DOSE	VOIE D'ADMINISTRATION	SITE D'INJECTION
entre 2 - 6 mois	0,07 ml.	I.M.	Membre opposé au vaccin ou à 2.5 cm du site d'injection du vaccin.
entre 7 - 17 mois	0,1 ml.	I.M.	
entre 18 mois à 4 ans	0,15 ml.	I.M.	
5 ans	0,2 ml.	I.M.	
6 à 9 ans	0,3 ml.	I.M.	
entre 10 – 13 ans	0,4 ml.	I.M.	
≥ 14 ans	0,5 ml.	I.M.	

APPRÉCIATION DE L'HABILITÉ À APPLIQUER

Une technique de soins

Technique de soins : Administration d'un vaccin par voie intra musculaire (IM) chez l'adulte et l'enfant	
Date :	2005-11-17
Date de révision :	2007-10-29, 2014-08-20

Nom : _____ Fonction : _____

Clientèle : Adulte Enfant > 12 mois Enfant < 12 mois
(Cochez)

Note : Une cote de 80% et plus signifie que la personne est habilitée à appliquer la technique de soins.
Si item non applicable, indiquer N/A.

PRÉALABLES

	1 ^{ère} évaluation		2 ^{ème} évaluation	
	Date :		Date :	
LA PERSONNE ÉVALUÉE CONNAÎT :	Oui	Non	Oui	Non
1. La définition de la méthode (dans ses mots).				
2. Les objectifs de soins à atteindre.				
3. Le matériel requis.				
4. le protocole du produit immunisant : composition, conservation, indications, contre-indications, effets secondaires, etc.				
5. Le site d'injection privilégié chez l'adulte/l'enfant > 12 mois/ bébé < 12 mois (encercler)				
6. La nécessité de préparer les seringues pour une administration immédiate.				
7. Les règles d'asepsie requises pour cette méthode.				
PHASE PRÉPARATOIRE				
1. Vérifie le dossier et l'ordonnance médicale, s'il y a lieu.				
2. Identifie la personne.				
3. Se lave les mains.				
4. Prépare le matériel requis.				
5. Vérifie les caractéristiques du produit à administrer : nom, apparence, posologie, conservation, date de péremption.				
6. Donne ou complète les informations requises sur la maladie et le vaccin				

	1 ^{ère} évaluation		2 ^{ème} évaluation	
	Date :		Date :	
	Oui	Non	Oui	Non
PHASE PRÉPARATOIRE (suite) :				
7.	Prépare la seringue en :			
a)	agitant la fiole immédiatement avant de prélever le contenu;			
b)	nettoyant le bouchon avec un tampon d'alcool;			
c)	aspirant dans la seringue un volume d'air égal à la quantité de vaccin requise;			
d)	tournant la fiole à l'envers et insérant la pointe de l'aiguille-biseau vers le haut dans le centre du bouchon de caoutchouc;			
e)	appuyant lentement sur le piston pour faire entrer l'air dans la fiole;			
f)	aspirant dans la seringue la quantité requise de vaccin;			
g)	retirant l'aiguille de la fiole et chassant les bulles d'air de la seringue;			
h)	replaçant le bouchon de l'aiguille sécuritairement.			
8.	Remplace la fiole au froid (frigo ou glacière avec "Ice Pack").			
ADMINISTRATION DU VACCIN				
1.	Localise le site d'injection privilégié en fonction de l'âge et de la situation de santé			
2.	Positionne adéquatement la personne.			
3.	Délimite le site d'injection.			
4.	S'assure que les tissus sont intacts au site d'injection.			
5.	Positionne la personne pour qu'elle soit confortable et pour réduire la tension musculaire.			
6.	Nettoie le site avec un tampon alcoolisé en faisant un mouvement circulaire à partir du point central.			
7.	Laisse sécher l'alcool afin de prévenir une sensation de brûlure à l'introduction de l'aiguille sans souffler, ventiler avec la main ni essuyer avec une ouate.			
8.	Tend fermement la peau entre l'index et le pouce (pour une personne maigre, saisit le muscle entre le pouce et l'index avant et pendant l'injection).			
9.	Enfonce l'aiguille dans le muscle à un angle de 90° d'un mouvement sûr et rapide.			
10.	Relâche la peau.			

	1 ^{ère} évaluation		2 ^{ème} évaluation	
	Date :		Date :	
ADMINISTRATION DU VACCIN (suite) :	Oui	Non	Oui	Non
11. Retire vivement l'aiguille et compresse avec un tampon d'ouate.				
12. Fait un léger massage en un mouvement circulaire afin d'aider à la diffusion du médicament dans les tissus et en augmenter l'absorption.				
13. Ne replace pas la gaine de protection sur l'aiguille et jette la seringue dans le contenant bio-risque.				
14. Se lave les mains.				
15. Observe la réaction de la personne.				
16. Inscrit les notes d'observation au dossier.				
	/33	/33	/33	/33

Signature de la personne évaluée : _____

Signature de l'évaluateur : _____

Titre d'emploi de l'évaluateur : _____

N.B. : Lorsque complété, acheminer à la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles ainsi qu'à la Direction des ressources humaines.



SLS020

Nom : _____

Prénom : _____

No dossier : _____ DDN : _____

AAAA/MM/JJ

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA 2013-2014

Nom, prénom de la mère à la naissance (obligatoire) :					
LIEU DE VACCINATION :		<input type="checkbox"/> CLSC ST-MICHEL	<input type="checkbox"/> CLSC ST-LÉONARD	<input type="checkbox"/> DOMICILE	
		<input type="checkbox"/> CH QUATRE-TEMPS	<input type="checkbox"/> CH QUATRE-SAISONS	<input type="checkbox"/> CH ST-MICHEL	
PRÉVACCINATION					
Vaccin injectable contre l'influenza			Vaccin intranasal (Flumist) contre l'influenza		
Contre-indications		Oui	Non	Contre-indications	
				Oui	Non
Allergie anaphylactique à une composante du vaccin / dose antérieure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Âgé de moins de 2 ans	
Maladie fébrile aiguë temporaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie anaphylactique à une composante du vaccin / dose antérieure	
				Maladie fébrile aiguë temporaire	
				Allergie anaphylactique aux œufs	
				Prise d'acide acétylsalicylique (AAS) si < 18ans, asthme grave sous glucocorticothérapie orale, respiration sifflante active 7 jours avant la vaccination, immunosuppression, femme enceinte (encercler s'il y a lieu)	
Précautions		Oui	Non	Précautions	
Allergie anaphylactique aux œufs		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congestion nasale actuelle importante	
SOR grave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En contact étroit avec personne gravement immunosupprimée	
Syndrome de Guillain-Barré (6 sem.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOR grave	
				Syndrome de Guillain-Barré (6 sem.)	
Vaccin indiqué <input type="checkbox"/> Prendre R.V. <input type="checkbox"/> Vaccin contre-indiqué <input type="checkbox"/>				Prise d'antiviraux contre la grippe	
Avis médical requis <input type="checkbox"/> Autre : _____				Prise du vaccin Vivotif (typhoïde) dans le dernier mois	
				Vaccin indiqué <input type="checkbox"/> Vaccin contre-indiqué <input type="checkbox"/>	
				Avis médical requis <input type="checkbox"/> Autre : _____	
CONSENTEMENT (bénéfices et effets du vaccin expliqués)					
<input type="checkbox"/> L'infirmière a informé et a expliqué le risque relié au vaccin ainsi que les réactions indésirables post-vaccination <input type="checkbox"/> L'usager / résident a bien compris les informations et les conseils donnés <input type="checkbox"/> L'usager / résident est avisé d'attendre 15 minutes post-vaccination <input type="checkbox"/> Consentement libre et éclairé (Si ≥14 ans, une signature n'est pas requise) En l'absence du parent/tuteur légal (obligatoire si moins de 14 ans), un consentement de leur part est nécessaire <input type="checkbox"/> Consentement écrit joint au dossier <input type="checkbox"/> Consentement verbal téléphonique; Témoin : _____					
Signature de l'infirmière : _____			Date: _____		heure : _____
(aaaa/mm/jj)					
STATISTIQUES : Raison d'administration : (Cocher une seule case)					
Milieu fermé (Centre d'hébergement)			Milieu ouvert		
01 <input type="checkbox"/> 65 ans et plus	02 <input type="checkbox"/> 65 ans et plus	10 <input type="checkbox"/> Autre travailleur de la santé salarié ou non	93 <input type="checkbox"/> 60 à 64 ans		
92 <input type="checkbox"/> 60 à 64 ans	07 <input type="checkbox"/> Enfants 6 mois à 23 mois	96 <input type="checkbox"/> Vivant sous même toit ou en contact avec personne à risque			
08 <input type="checkbox"/> 2 à 59 ans avec maladie chronique	09 <input type="checkbox"/> 2 à 59 ans avec maladie chronique	98 <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé salarié du CSSS			
	11 <input type="checkbox"/> Femmes enceintes 2 ^e -3 ^e trimestre	99 <input type="checkbox"/> Autre : _____			
ADMINISTRATION DU VACCIN					
<input type="checkbox"/> 1^{ère} dose Aviser les parents qu'une 2 ^e dose est nécessaire pour les enfants de moins de 9 ans qui reçoivent le vaccin trivalent pour la 1 ^{ère} fois à vie (4 semaines minimum d'intervalle entre la 1 ^{ère} et 2 ^e dose) <input type="checkbox"/> 2^e dose			<input type="checkbox"/> 1^{ère} dose Aviser les parents qu'une 2 ^e dose est nécessaire pour les enfants de moins de 9 ans qui reçoivent le vaccin trivalent pour la 1 ^{ère} fois à vie (4 semaines minimum d'intervalle entre la 1 ^{ère} et 2 ^e dose) <input type="checkbox"/> 2^e dose		
Vaccin : 194 <input type="checkbox"/> Flud		Vaccin : 190 <input type="checkbox"/> Flumist # lot :		exp.:	
69 <input type="checkbox"/> Fluviral # lot					
143 <input type="checkbox"/> Vaxigrip					
188 <input type="checkbox"/> Agriflu :					
Dose / Voie : <input type="checkbox"/> 0,5 ml/IM			Dose : 0,2 ml		
Site d'injection : <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> CG			Site : Intranasal		
Signature du vaccinateur : _____			Date: _____		heure : _____
(aaaa/mm/jj)					
Saisie <input type="checkbox"/>					



SLS182

Nom : _____
 Prénom : _____
 No dossier : _____ DDN : _____
 AAAA/MM/JJ

VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE 2013-2014

Nom, prénom de la mère à la naissance (obligatoire) :	
LIEU DE VACCINATION :	
<input type="checkbox"/> CLSC ST-MICHEL	<input type="checkbox"/> CLSC ST-LÉONARD
<input type="checkbox"/> CH QUATRE-TEMPS	<input type="checkbox"/> CH QUATRE-SAISONS
<input type="checkbox"/> DOMICILE	<input type="checkbox"/> CH ST-MICHEL
Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque? <input type="checkbox"/> Oui Quand? _____ (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Non	
PRÉVACCINATION	
1. Présentez-vous actuellement des symptômes reliés à : Une maladie aiguë, modérée ou grave, avec ou sans fièvre	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà fait une réaction allergique grave? Si oui, à quel(s) produit(s)? _____ Contre-indiqué si allergie de type anaphylactique à une des composantes du vaccin dont le phénol ou à une dose antérieure du même vaccin.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
S'il s'agit d'une revaccination:	
Personne présentant une asplénie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Personne avec une condition médicale liée à une immunosuppression	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Personne avec une insuffisance rénale chronique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Personne avec un syndrome néphrotique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vaccination: <input type="checkbox"/> Indiqué <input type="checkbox"/> Contre-indiqué	
CONSENTEMENT (bénéfices et effets du vaccin expliqués)	
<input type="checkbox"/> Feuilles explicatifs du vaccin et des effets indésirables remis	
<input type="checkbox"/> L'infirmière a informé et a expliqué le risque relié au vaccin ainsi que les réactions indésirables post-vaccination	
<input type="checkbox"/> L'usager / résident a bien compris les informations et les conseils donnés	
<input type="checkbox"/> L'usager / résident est avisé d'attendre 15 minutes post-vaccination	
<input type="checkbox"/> Consentement libre et éclairé (Si ≥14 ans, une signature n'est pas requise)	
En l'absence du parent/tuteur légal (obligatoire si moins de 14 ans), un consentement de leur part est nécessaire	
<input type="checkbox"/> Consentement écrit joint au dossier <input type="checkbox"/> Consentement verbal téléphonique; Témoin : _____	
Signature de l'infirmière : _____	Date: _____ heure : _____ (aa/mm/jj)
STATISTIQUES : Raison d'administration : (Cocher une seule case)	
Milieu fermé (Centre d'hébergement)	Milieu ouvert
84 <input type="checkbox"/> 65 ans et plus	85 <input type="checkbox"/> 65 ans et plus 99 <input type="checkbox"/> Autre
86 <input type="checkbox"/> 2 à 64 ans, atteint maladie chronique	87 <input type="checkbox"/> 2 à 64 ans, atteint maladie chronique
88 <input type="checkbox"/> Rappel 65 ans et plus (prescription médicale)	89 <input type="checkbox"/> Rappel 65 ans et plus (prescription médicale)
90 <input type="checkbox"/> Rappel 2 à 64 ans, atteint maladie chronique	91 <input type="checkbox"/> Rappel 2 à 64 ans, atteint maladie chronique
ADMINISTRATION DU VACCIN	
Vaccination	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} dose <input type="checkbox"/> Revaccination (selon la condition médicale et l'âge actuel : Si 10 ans ou moins, revacciner 3 ans après la 1 ^{ère} dose Si âgé de plus de 10 ans, revacciner 5 ans après 1 ^{ère} dose)
Vaccin :	<input type="checkbox"/> Pneuvovax 23 # lot :
Dose / Voie :	<input type="checkbox"/> 0,5 ml/IM (pour les enfants de 2 ans et plus) <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
Site d'injection :	<input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG
Signature du vaccinateur : _____	Date: _____ heure : _____ (aaaa/mm/jj) Saisie <input type="checkbox"/>

Vaccin injectable contre la grippe

La vaccination,
la meilleure protection



La vaccination est le meilleur moyen de protection contre la grippe et ses complications. Ce vaccin ne protège pas contre le rhume et les infections respiratoires causées par d'autres virus.

Maladie	Signes et symptômes	Complications possibles
Grippe	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Toux • Fatigue • Mal de tête • Douleur musculaire • Atteinte de l'état général 	<ul style="list-style-type: none"> • Otite • Sinusite • Bronchite • Pneumonie • Décès

Le vaccin

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre la grippe et ses complications. Ce vaccin peut être donné dès l'âge de 6 mois. Il est recommandé aux personnes qui courent un risque plus élevé de souffrir de complications de la grippe et aux personnes qui peuvent transmettre la grippe à ces personnes. Ce vaccin est aussi indiqué pour toute personne qui désire réduire son risque d'attraper la grippe. Ce vaccin doit être administré chaque année, à l'automne. Pour un enfant âgé de moins de 9 ans, 2 doses du vaccin à 1 mois d'intervalle sont nécessaires lorsqu'il s'agit d'une 1^{re} vaccination contre la grippe saisonnière.

Les symptômes après la vaccination

Des symptômes peuvent être causés par le vaccin (ex. : rougeur à l'endroit où l'injection a été faite). D'autres problèmes peuvent arriver par hasard et n'ont aucun lien avec le vaccin (ex. : rhume, gastro, mal de tête). Le vaccin injectable contre la grippe est sécuritaire. La majorité des réactions sont bénignes et de courte durée.

Fréquence	Réactions possibles au vaccin	Ce qu'il faut faire
Dans la majorité des cas (plus de 50 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur à l'endroit où l'injection a été faite 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer une compresse humide froide à l'endroit où l'injection a été faite. • Utiliser un médicament contre la fièvre ou les malaises au besoin. • Consulter un médecin selon la gravité des symptômes.
Très souvent (moins de 50 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Rougeur, gonflement à l'endroit où l'injection a été faite • Douleur musculaire, mal de tête, fatigue 	
Souvent (moins de 10 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Bleu ou démangeaison à l'endroit où l'injection a été faite • Fièvre, frissons, douleur aux jointures et malaises, particulièrement chez les personnes vaccinées pour la 1^{re} fois contre la grippe saisonnière • Yeux rouges, mal de gorge, toux, difficulté à respirer ; ce qu'on appelle le <i>syndrome oculorespiratoire</i> (SOR) 	
Parfois (moins de 1 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Enflure du visage, cette réaction fait partie du SOR • Rougeurs sur la peau • Nausées, étourdissements 	
Rarement (moins de 1 personne sur 1 000)	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsions • Engourdissements, névralgie (douleur sur le trajet d'un nerf) 	

Il est possible qu'il existe un très faible risque de développer un syndrome de Guillain et Barré (SGB) après avoir été vacciné contre la grippe. Ce risque serait d'environ 1 cas de plus par million de personnes vaccinées par rapport à la fréquence attendue du SGB dans la population adulte qui est de 10 à 20 cas par million. Ce syndrome cause une paralysie progressive et réversible, mais peut parfois laisser des séquelles. La cause du SGB est inconnue. La majorité des cas surviennent après une infection intestinale ou respiratoire, surtout chez les jeunes adultes et les personnes âgées.

Il est recommandé de demeurer sur place au moins 15 minutes après une vaccination, car les réactions allergiques au vaccin sont toujours possibles. Si une réaction allergique survient, les symptômes apparaîtront quelques minutes après la vaccination. La personne qui donne le vaccin sera en mesure de traiter cette réaction immédiatement sur place.

Pour toute question, adressez-vous à la personne qui donne le vaccin, ou consultez Info-Santé 8-1-1 ou votre médecin.

Vaccin intranasal contre la grippe

La vaccination,
la meilleure protection



La vaccination est le meilleur moyen de protection contre la grippe et ses complications. Ce vaccin ne protège pas contre le rhume et les infections respiratoires causées par d'autres virus.

Maladie	Signes et symptômes	Complications possibles
Grippe	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Toux • Fatigue • Mal de tête • Douleur musculaire • Atteinte de l'état général 	<ul style="list-style-type: none"> • Otite • Sinusite • Bronchite • Pneumonie • Décès

Le vaccin

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre la grippe et ses complications. Ce vaccin peut être donné dès l'âge de 2 ans. C'est le vaccin recommandé chez les enfants et les adolescents en raison de sa grande efficacité. Il peut être utilisé jusqu'à l'âge de 59 ans chez les personnes qui désirent réduire leur risque d'attraper la grippe. Le vaccin injectable est recommandé aux enfants de 6 à 23 mois.

Ce vaccin doit être administré chaque année, à l'automne. Pour un enfant âgé de moins de 9 ans, 2 doses du vaccin à 1 mois d'intervalle sont nécessaires lorsqu'il s'agit d'une 1^{re} vaccination contre la grippe saisonnière.

Les symptômes après la vaccination

Des symptômes peuvent être causés par le vaccin.

D'autres problèmes peuvent arriver par hasard et n'ont aucun lien avec le vaccin (ex. : rhume, gastro, mal de tête).

Le vaccin intranasal contre la grippe est sécuritaire. Dans la majorité des cas, il ne provoque aucune réaction.

Fréquence	Réactions connues causées par ce vaccin	Ce qu'il faut faire
Souvent (moins de 10 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Écoulement nasal ou congestion du nez • Mal de tête, fatigue ou malaises 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un médicament contre la fièvre ou les malaises au besoin • Consulter un médecin selon la gravité des symptômes.
Rarement (moins de 1 personne sur 1 000)	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction allergique 	

Il est possible qu'il existe un très faible risque de développer un syndrome de Guillain et Barré (SGB) après avoir été vacciné contre la grippe. Ce risque serait d'environ 1 cas de plus par million de personnes vaccinées par rapport à la fréquence attendue du SGB dans la population adulte qui est de 10 à 20 cas par million. Ce syndrome cause une paralysie progressive et réversible, mais peut parfois laisser des séquelles. La cause du SGB est inconnue. La majorité des cas surviennent après une infection intestinale ou respiratoire, surtout chez les jeunes adultes et les personnes âgées.

Il est recommandé de demeurer sur place au moins 15 minutes après une vaccination, car les réactions allergiques au vaccin sont toujours possibles. Si une réaction allergique survient, les symptômes apparaîtront quelques minutes après la vaccination. La personne qui donne le vaccin sera en mesure de traiter cette réaction immédiatement sur place.

Pour toute question, adressez-vous à la personne qui donne le vaccin, ou consultez Info-Santé 8-1-1 ou votre médecin.

Vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque

La vaccination,
la meilleure protection



La vaccination est le meilleur moyen de protection contre les infections graves à pneumocoque et leurs complications. La bactériémie (infection du sang) avec ou sans pneumonie et la méningite (infection des enveloppes du cerveau) sont deux infections graves causées par le pneumocoque. Il existe plusieurs types de pneumocoque. Le vaccin polysaccharidique protège contre les 23 types les plus fréquents.

Maladie	Signes et symptômes	Complications possibles
Infections à pneumocoque	<ul style="list-style-type: none"> • Otite • Sinusite • Pneumonie • Méningite (infection des enveloppes du cerveau) • Bactériémie (infection du sang) 	<ul style="list-style-type: none"> • Surdité (devenir sourd) • Dommages permanents au cerveau • Décès

Le vaccin

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre les infections graves à pneumocoque et leurs complications.

Le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque est recommandé aux personnes âgées de 65 ans et plus. Il est aussi indiqué pour les personnes âgées de 2 à 64 ans qui ont un risque plus élevé d'infection grave à pneumocoque. Habituellement, ce vaccin est administré une seule fois.

Les personnes qui ont un risque plus élevé d'infection grave à pneumocoque sont celles dont la rate est absente ou d ficiante (par chirurgie ou à la suite de certaines maladies), celles qui ont subi une chirurgie pour implant cochléaire, celles qui souffrent de certaines maladies chroniques, comme le diabète, le cancer ou une maladie du cœur, des poumons ou des reins, et celles dont le système immunitaire est affaibli.

Les symptômes après la vaccination

Des symptômes peuvent être causés par le vaccin (ex. : rougeur à l'endroit où l'injection a été faite).

D'autres problèmes peuvent arriver par hasard et n'ont aucun lien avec le vaccin (ex. : rhume, gastro, mal de tête).

Le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque est sécuritaire. La majorité des réactions sont bénignes et de courte durée.

Fréquence	Réactions possibles au vaccin	Ce qu'il faut faire
Dans la majorité des cas (plus de 50 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur, rougeur, gonflement à l'endroit où l'injection a été faite durant moins de 48 heures 	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer une compresse humide froide à l'endroit où l'injection a été faite. • Utiliser un médicament contre la fièvre ou les malaises au besoin. • Consulter un médecin selon la gravité des symptômes.
Souvent (moins de 10 % des gens)	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre légère ou modérée, douleur musculaire, mal de tête 	
Très rarement (moins de 1 personne sur 10 000)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur, rougeur, gonflement important à l'endroit où l'injection a été faite, fièvre élevée, malaise, enflure des ganglions, douleur aux jointures, rougeurs sur la peau 	

Il est recommandé de demeurer sur place au moins 15 minutes après une vaccination, car les réactions allergiques au vaccin sont toujours possibles. Si une réaction allergique survient, les symptômes apparaîtront quelques minutes après la vaccination. La personne qui donne le vaccin sera en mesure de traiter cette réaction immédiatement sur place.

Pour toute question, adressez-vous à la personne qui donne le vaccin, ou consultez Info-Santé 8-1-1 ou votre médecin.