

**RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES
SURVENUES APRÈS UNE VACCINATION**

ACHEMINER À LA DSP DE VOTRE RÉGION

À L'USAGE DE LA DSP : NO « ESPRI »

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VACCINÉE		No Assurance maladie :	
NOM	PRENOM	AAAA-MM-JJ	SEXE
TELEPHONE	() - # #	DATE DE NAISS.	<input type="checkbox"/> ¹ Masculin <input type="checkbox"/> ² Féminin
			DATE DE VACCINATION
			AAAA-MM-JJ

VACCIN(S) ADMINISTRÉS	DOSE (1 ^e , 2 ^e , 3 ^e ...)	SITE	VOIE (IM, SC, ID)	QUANTITE	FABRICANT	NUMERO DE LOT
			—			
			—			
			—			

INTERVALLE ENTRE LA VACCINATION ET LE DEBUT DE LA MANIFESTATION CLINIQUE PRINCIPALE MOTIVANT LA DECLARATION : MINUTES HEURES JOURS

MANIFESTATIONS CLINIQUES Ne pas signaler les manifestations cliniques qui sont clairement attribuables à une infection ou à une autre étiologie concomitante. Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin. Fournir tout autre renseignement, dont la durée et la sévérité, au verso (RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES)

FIEVRE (Température la plus élevée enregistrée)

¹ ≥ 40,5° C (105° F)

² 39,0-40,4° C (102,2-104,9° F)

³ Température jugée très élevée mais non mesurée (doit être accompagnée d'autres symptômes)

REACTIONS LOCALES AU SITE D'ADMINISTRATION

¹ **ABCES INFECTÉ** (cocher un ou deux des éléments ci-dessous)

Coloration de gram ou culture positive ¹

Écoulement purulent avec signes d'inflammation ²

Sans écoulement, avec signes d'inflammation ³

² **ABCES STERILE/NODULE** (aucun signe d'infection)

Durant plus d'un mois et mesurant plus de 2,5 cm de diamètre

Culture non faite ¹ Culture négative ²

³ **REACTION LOCALE IMPORTANTE** (cocher un ou plusieurs éléments ci-dessous)

Qui dure 4 jours ou plus ¹

Qui s'étend au-delà de l'articulation la plus proche ²

Autre (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») ³

⁴ **CELLULITE ***

Infection cutanée avec prescription d'antibiotiques

MANIFESTATIONS CLINIQUES SYSTEMIQUES

¹ **ADENOPATHIE GRAVE** (cocher l'un des éléments ci-dessous)

Tuméfaction ganglionnaire sans écoulement ¹

Tuméfaction ganglionnaire avec écoulement ²

(s.v.p. décrire dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO)

² **ALLERGIE** (cocher un ou plusieurs éléments ci-dessous)

Anaphylaxie (décrire dans « renseignements complémentaires ») (VERSO) ⁷

Difficulté respiratoire due à un bronchospasme ¹

Oedème au niveau de la bouche ou de la gorge ²

Oedème au visage ou généralisé ³

Manifestations cutanées prurigineuses (décrire « renseignements complémentaires »)

Urticaire ⁴

Autre manifestation cutanée avec prurit ⁴

Autre allergie (décrire dans « renseignements complémentaires ») (VERSO) ⁵

³ **ERUPTION CUTANEE** (sans prurit marqué)

Qui dure 4 jours ou plus (décrire dans la case « renseignements complémentaires »)

Généralisée ¹

Localisée ²

Qui dure < 4 jours (décrire dans la case « renseignements complémentaires »)

Généralisée ³

Localisée ⁴

⁴ **CHOC ANAPHYLACTIQUE ***

Dans les 30 minutes suivant l'immunisation, associé habituellement à une réaction allergique et évoluant rapidement vers un collapsus cardio-vasculaire. Requiert l'administration d'adrénaline

⁵ **EPISODE D'HYPOTONIE-HYPOREACTIVITE** (enfant < 2 ans seulement)

Présence de toutes les caractéristiques suivantes :

i : Diminution/perte 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 vagal, un état post-convulsif, une anaphylaxie ou un état léthargique dû à la fièvre

⁶ **ARTHRALGIE/ARTHRITE**

Douleur ou inflammation articulaire qui dure au moins 24 heures

S'il s'agit d'une poussée évolutive d'une maladie pré-existante, fournir les détails dans la case « renseignements complémentaires » (VERSO)

⁷ **VOMISSEMENTS ET/OU DIARRHEES SEVERES**

Doivent être assez sévères pour nuire aux activités quotidiennes

⁸ **EPISODE DE CRIS OU PLEURS PERSISTANTS**

Inconsolable pendant 3 heures ou plus OU type de pleurs vraiment anormal pour l'enfant

SIGNES NEUROLOGIQUES

² **CONVULSIONS ***

Fébriles ¹ Afébriles ² Ne sait pas 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 ¹ Antécédents inconnus ²

Fébriles ³ Afébriles ⁴ Type inconnu ⁵

³ **ENCEPHALOPATHIE ***

Apparition rapide d'une condition neurologique grave caractérisée par au moins deux des signes suivants :

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

⁴ **MENINGITE ET/OU ENCEPHALITE ***

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)

⁵ **ANESTHESIE/PARESTHESIE ***

Qui dure plus de 24 heures (décrire dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO)

Généralisée ¹

Localisée ²

⁶ **PARALYSIE *** (Ne pas cocher si syndrome de Guillain-Barré déjà coché)

Paralysie des membres ¹

Paralysie faciale ou des nerfs crâniens ²

(décrire dans la case « renseignements complémentaires ») (VERSO)

⁷ **SYNDROME DE GUILLAIN-BARRE ***

Diminution progressive et subaiguë de la force musculaire de plus d'un membre (habituellement symétrique) avec hyporéflexie/aréflexie

DIVERS

¹ **PAROTIDITE**

Glande(s) parotide(s) tuméfié(es) douloureuse(s) ou sensible(s)

³ **THROMBOCYTOPENIE ***

(Inscrire le résultat de l'analyse dans la case « renseignements complémentaires »)

⁴ **SYNDROME OCULO-RESPIRATOIRE (SOR)** (Selon les définitions de surveillance)

⁵ **INVAGINATION INTESTINALE *** (Selon les définitions de surveillance)

AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES GRAVES OU INHABITUELLES

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 :

NOM DU PARENT : _____

NO. TÉL. TRAVAIL : () - # #

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 ¹ NON ² NE SAIT PAS ³ (SI OUI, INSCRIRE LES DETAILS PERTINENTS DU TRAITEMENT DANS LA CASE « RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES » CI-DESSOUS)

HOSPITALISATION SUITE À 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 sévérité, médications pertinentes, antécédents etc. en précisant la date de mise à jour (An/Mois/Jour)

DUREE TOTALE DES MANIFESTATIONS :	MIN <input type="checkbox"/> HRS <input type="checkbox"/> JRS <input type="checkbox"/>	SEVERITE DU CAS :	LEGER <input type="checkbox"/> MODERE <input type="checkbox"/> SEVERE <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	-------------------	--

CONSIGNES POUR REMPLIR LE RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES

- 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 1seul vaccin.
- 2 Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin.
- 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.
- 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, SÉVÈRE : empêche les occupations régulières).
- 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.

REMPLE PAR (S.V.P. compléter en lettres moulées)

NOM, PRENOM		# TELEPHONE () - # #	
ETABLISSEMENT, ADRESSE (Établissement, n°. rue, etc.)		VILLE	PROVINCE QC
PROFESSION	SIGNATURE	DATE	AAAA-MM-JJ

PERSONNE VACCINEE INFORMEE D'UN APPEL POSSIBLE DE LA DSP : OUI NON

NOTES (Réservé à la Direction de santé publique)

SUIVI : OUI <input type="checkbox"/> ¹ TERMINE <input type="checkbox"/> ²	REGISTRE DECISIONNEL : <input type="checkbox"/> ¹ OUI <input type="checkbox"/> ² NON <input type="checkbox"/> ³ INACTIVE
---	---

NOM DE LA PERSONNE RESSOURCE A LA DSP	SIGNATURE	DATE	ANNEE	MOIS	JOUR
---------------------------------------	-----------	------	-------	------	------