

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE – 2024/2025

REMARQUE: Vous devez rester dans les alentours de la clinique pendant 15 minutes après la vaccination.

Nom de famille: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____aaaa / mm / jj_____ Âge: _____

Adresse complète: numéro _____ rue _____ ville _____ province _____ code postal _____

Numéro de téléphone: (____) _____

Avez-vous une maladie chronique? (p. ex. diabète, asthme chronique ou maladie touchant le cœur, les poumons, le système immunitaire et/ou les reins, etc.) (Encerclez svp) Non Oui Si oui, spécifiez: _____

Avez-vous des allergies? (Encerclez svp) Non Oui Si oui, spécifiez: _____

J'ai lu les renseignements se rapportant au vaccin contre la grippe qui se trouvent au verso. J'ai eu la possibilité de poser des questions, et on y a répondu de façon satisfaisante. Je connais les avantages et les risques liés à ce vaccin.

Signature: _____ Date: _____

Signez-vous au nom de quelqu'un d'autre? (Encerclez svp) Non Oui

Si oui, nom complet du tuteur légal: _____ Relation: _____

Numéro de téléphone du tuteur légal : (____) _____

À l'usage exclusif de la clinique

J'ai utilisé deux pièces d'identification et, en examinant les questions d'évaluation, j'ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu'il peut recevoir le vaccin contre la grippe. Initiale & Désignation: _____

Vaccin:

<u>Âge</u>	<u>Vaccin</u>	<u>Dose et voie d'administration</u>	<u>Emplacement</u>	<u>Numéro de lot et date d'expiration</u>
≥ 6 mois	<input type="checkbox"/> FluLaval® Tetra (VQI-DS, à base d'œufs)	<input type="checkbox"/> 0,5 ml Intramusculaire	<input type="checkbox"/> Deltoïde gauche <input type="checkbox"/> Cuisse gauche <input type="checkbox"/> Deltoïde droit <input type="checkbox"/> Cuisse droite	_____
	<input type="checkbox"/> Fluzone® Quadrivalent (VQI-DS, à base d'œufs)			Numéro de lot
	<input type="checkbox"/> Flucelvax ^{MD} Quadrivalent (VQI-DS, à base de cultures cellulaires)			Date d'expiration
≥ 65 ans	<input type="checkbox"/> Fluad® (TIV-adj, à base d'œufs)	<input type="checkbox"/> 0,7 ml Intramusculaire		_____
	<input type="checkbox"/> Fluzone® Quadrivalent à dose élevée (VQI-DE, à base d'œufs)			_____

_____ Date & Heure de l'administration

_____ Signature & Désignation

Notes cliniques (date et heure): _____

Renseignements sur la grippe

L'influenza, communément appelée la « grippe », est une maladie respiratoire grave causée par un virus. Elle se transmet facilement par la toux et les éternuements de même que par le contact direct avec des surfaces contaminées par le virus de l'influenza. Bien que certains symptômes ressemblent à ceux d'un rhume, la grippe peut être beaucoup plus grave, causant de la fièvre, des frissons, de la toux, des maux de gorge ou de tête et des douleurs musculaires. Ces complications se rencontrent le plus fréquemment chez les jeunes enfants, les personnes âgées et celles qui souffrent de problèmes de santé chroniques.

Le vaccin contre la grippe

Le vaccin ne contient que de petites particules du virus de la grippe; *il ne peut pas vous transmettre la grippe.*

Le contenu du vaccin contre la grippe est déterminé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et comprend les souches prévues de circuler dans le monde. Vous devez vous faire vacciner contre la grippe chaque année pour être protégé. Les vaccins quadrivalents contre la grippe (VQI et VQI-DE) 2024/2025 peuvent protéger contre 4 souches différentes de la grippe: deux virus de la grippe A (H1N1 et H3N2) et deux virus de la grippe B. Les vaccins trivalents 2024/2025 (VTI) protègent contre 3 souches différentes de la grippe : deux virus de la grippe A (H1N1 et H3N2) et un virus de la grippe B.

L'efficacité du vaccin varie d'une année à l'autre en raison de divers facteurs, dont la mesure dans laquelle les souches composant le vaccin correspondent aux souches en circulation dans la collectivité, ainsi qu'à l'âge et la santé de la personne qui reçoit le vaccin. L'immunité est acquise deux semaines après l'administration du vaccin et peut durer six mois ou plus.

Quels sont les effets indésirables possibles du vaccin contre la grippe?

Vaccin par injection:

La plupart des gens n'ont aucune réaction au vaccin. Les effets indésirables possibles, qui disparaissent après un à trois jours, pour le vaccin par injection comprennent les suivants :

- douleur, rougeur ou inflammation au point d'injection;
- fatigue/faiblesse;
- fièvre légère, maux de tête ou douleurs musculaires.

Les effets indésirables graves incluant les réactions allergiques anaphylactiques suivant le vaccin contre la grippe sont très rares et surviennent habituellement dans les quelques minutes ou heures suivant la vaccination. Le syndrome oculo-respiratoire (SOR) pourrait survenir dans des cas extrêmement rares.

Quelles sont les contre-indications pour le vaccin contre la grippe?

Les personnes suivantes ne devraient pas se faire vacciner :

- Personnes qui ont eu une réaction allergique grave (anaphylaxie) à l'un des composants de ce vaccin contre la grippe spécifique, à l'exception de l'œuf. Les personnes allergiques aux œufs peuvent être vaccinées contre la grippe à l'aide d'un produit adapté à leur âge, sans test cutané préalable pour le vaccin antigrippal. Les personnes qui ont eu une réaction allergique au thimérosal peuvent recevoir un **format de seringue prérempli** approprié selon l'âge de Fluzone® Quadrivalent, Flucelvax^{MD} Quadrivalent Fluzone® quadrivalent à haute dose ou Flud[®] (sauf contre-indication);
- Personnes ayant déjà eu une réaction allergique (anaphylaxie) à une dose du vaccin contre la grippe;
- Personnes qui sont gravement malades, jusqu'à ce qu'elles se sentent mieux;
- Les personnes qui ont présenté un syndrome de Guillain-Barré (SGB) dans les 6 semaines suivant la vaccination :
 - o Il faut soupeser le risque potentiel de récurrence du SGB associé à la vaccination antigrippale, le risque de SGB associé à l'infection grippale elle-même et les avantages de la

Vous pourriez être référé à votre médecin si vous:

- Avez une allergie non anaphylactique ou une hypersensibilité présumée à un vaccin ou à ses composants.
- Avez eu le syndrome de Guillain-Barré dans les six semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe;
- Avez des antécédents de syndrome oculo-respiratoire grave, y compris des difficultés respiratoires ou une respiration sifflante, après avoir reçu le vaccin contre la grippe saisonnière.