



## Formulaire de demande de vaccin contre l'hépatite A ou l'hépatite B pour les personnes présentant un risque élevé

**Vaccin demandé :**

Description	Nombre (en doses)	Dose demandée
Hépatite A (offert par le Ministère) – Le client DOIT satisfaire aux critères ci-dessous*.	Pédiatrique	
	Adulte	
Hépatite B (offert par le Ministère) – Le client DOIT satisfaire aux critères ci-dessous*.	Pédiatrique	
	Adulte	

**\* Veuillez cocher tous les critères s'appliquant au client.**

**Critères pour la vaccination contre l'hépatite A des personnes présentant un risque élevé**

- Personnes atteintes d'une maladie chronique du foie (y compris l'hépatite B et C).
- Personnes s'administrant des drogues par voie intraveineuse.
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

**Critères pour la vaccination contre l'hépatite B des personnes présentant un risque élevé**

- Nourrissons nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B (HBV) (première dose donnée à l'hôpital).
- Personnes vivant ou ayant des contacts sexuels avec un porteur chronique ou un cas aigu.
- Personnes s'administrant des drogues par voie intraveineuse.
- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et personnes ayant de multiples partenaires sexuels ou des antécédents d'infections transmissibles sexuellement.
- Personnes s'étant blessées avec la pointe d'une aiguille dans un milieu non médical.
- Enfants de plus de sept ans dont les familles ont émigré de pays où la prévalence de l'hépatite B est élevée et dont des membres de la famille élargie sont porteurs du HBV.
- Personnes atteintes d'une maladie chronique du foie (y compris l'hépatite C).
- Patients faisant l'objet d'une dialyse rénale (deuxième et troisième doses seulement) ou personnes atteintes de maladies les obligeant à recevoir fréquemment des produits sanguins (p. ex. hémophilie).
- Personnes en attente d'une greffe de foie.

Numéro de dossier du client : \_\_\_\_\_

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ Homme :  Femme :

Dose demandée : Dose 1:  Dose 2:  Dose 3:

Date d'injection des doses précédentes (aaaa/mm/jj) : Dose 1 : \_\_\_\_\_ Dose 2 : \_\_\_\_\_

\* Date du rendez-vous (La demande ne sera pas approuvée sans date de rendez-vous.)  
(aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Nom du fournisseur de soins de santé : \_\_\_\_\_

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

Adresse du fournisseur de soins de santé : \_\_\_\_\_

Veuillez nous faire parvenir le formulaire par télécopieur : 613-580-2783 ou par courriel [vaccine@ottawa.ca](mailto:vaccine@ottawa.ca)

**Section RÉSERVÉE au personnel de la salle des vaccins**

Date du vaccin : \_\_\_\_\_

Vaccin : \_\_\_\_\_ Numéro de lot : \_\_\_\_\_

Rempli par: \_\_\_\_\_