

## RSV Vaccine

### What is RSV?

Respiratory Syncytial Virus (RSV) is a respiratory virus that infects the nose, throat, and lungs resulting in cold-like symptoms. It usually starts spreading in the fall and peaks in the winter months. RSV infection can happen at any age but is particularly severe in infants and older adults, often leading to significant lung infections requiring hospitalization especially in those with underlying health conditions such as asthma, chronic heart or lung disease, and those with weakened immune systems.

### Why Get Vaccinated?

Evidence supports the use of one dose of RSV vaccine (Arexvy® or Abrysvo®) to help prevent RSV disease in adults 60 years of age and older.

Studies show multi-year protection. If an individual received a dose of RSV vaccine during the 2023-2024, 2024-2025 or 2025-2026 season, they do not need to receive another dose this season. Studies are ongoing to determine how long the vaccines provide protection.

Both vaccines are authorized by Health Canada and recommended by the National Advisory Committee on Immunization (NACI). Both Arexvy® and Abrysvo® have been shown to be safe and demonstrated high effectiveness in preventing severe disease from RSV.

### Who Can Get the Vaccines?

The Ontario Ministry of Health is currently publicly funding the Older Adult RSV Prevention Program for Ontario residents who did not receive a dose in previous RSV seasons and who are:

- 75 years of age and older;
- 60-74 years of age and who are:
  - Residents of long-term care homes, Elder Care Lodges, or retirement homes
  - Patients in hospital receiving alternate level of care (ALC;)
  - Patients receiving hemodialysis or peritoneal dialysis;
  - Recipients of solid organ or hematopoietic stem cell transplants;
  - Individuals experiencing homelessness;
  - Individuals who identify as First Nations, Inuit or Métis.
  - Individuals with glomerulonephritis who are moderately to severely immunocompromised

**If you have had a previous RSV infection:** There is no specific time that is recommended between RSV infection and RSV vaccination. However, all your symptoms should be gone before you receive the vaccine.

**If you have had a transplant (solid-organ or stem cell):** It is recommended that you wait 3-6 months post-transplant to receive an RSV vaccination. However, a minimum of 1-month post-transplant may be used after consulting with your regular health care provider.

**Speak to a nurse in our clinic, prior to your vaccination, if any of the following apply to you:**

- Had a severe allergic reaction to a component of the vaccine or it's container, or an immediate allergic reaction (eg. anaphylaxis) to a previous dose of vaccine.
- Had a solid-organ or stem cell transplant less than 3 months ago.

You may not be able to receive the vaccine in our clinic or may be required to discuss the vaccination with a Physician or Nurse Practitioner before you can be vaccinated in an Ottawa Public Health Immunization Clinic.

**Note:** If you have a fever or serious infection worse than a cold you should wait until fever-free and symptoms have been improving for at least 24 hours before getting vaccinated.

### Are these vaccines safe?

Yes. Many people who receive an RSV vaccine have no side effects or adverse events. For those that do, side effects are usually mild and last a few days. The most common

side effects from the RSV vaccine are redness, swelling, and soreness at the injection site, fatigue (feeling tired), fever, headache, nausea, diarrhea, and muscle or joint pain.

Severe allergic reactions (i.e. anaphylaxis), although rare, are a risk with the administration of any vaccine. It is recommended that you remain in a clinic setting for 15 minutes following immunization as this is the most common timeframe when anaphylaxis will occur.

Content adapted from Ontario Ministry of Health Older Adult High-Risk Respiratory Syncytial Virus (RSV) Vaccine Program Fact Sheet - Vaccine Recipients

Last updated: 2026-09-23

RSV Vaccine Screening & Consent Form

You must remain in the clinic area 15 minutes after the vaccination is given.

Last name: \_\_\_\_\_First name: \_\_\_\_\_

Date of birth: \_\_\_\_\_ yyyy / mm / ddAge: \_\_\_\_\_

Complete address: number \_\_\_\_\_ street \_\_\_\_\_ city \_\_\_\_\_ province \_\_\_\_\_ postal code \_\_\_\_\_

Telephone number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Answer the questions about your medical history. If you answer “yes”, briefly describe.

|                                                                                                                                         |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Are you feeling sick? Any fever?                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |
| 2. Have you ever had the RSV vaccine before?                                                                                            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <sup>1</sup><br>Date: _____        |
| 3. Have you ever had a reaction to a vaccine before?                                                                                    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |
| 4. Have you received a stem cell or organ transplant in the last 3 months?                                                              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <sup>2</sup> : _____               |
| 5. Do you have any allergies to foods or medications?                                                                                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |
| 6. Do you have an allergy to a component of the RSV vaccine being administered? (e.g. polysorbate 80 or Polyethylene Glycol (PEG) etc)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |
| 7. Do you have a bleeding disorder, or are you receiving longer-term anticoagulation?                                                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |
| 8. If yes to question 7, is it well managed?                                                                                            | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes<br><br><input type="checkbox"/> NA |
| 9. Have you ever felt faint or fainted after receiving a vaccine or medical procedure, or do you have a fear of injections/needles      | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |
| 10. Do you have a chronic medical condition affecting your immune system?                                                               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: _____                             |

<sup>1</sup> If an individual has previously received a dose of RSV vaccine, they should not receive another dose this season as booster doses are not currently recommended.

<sup>2</sup> RSV vaccine should be administered at least 3-6 months post-transplant.

I have read the information about the RSV vaccine provided to me in the Ottawa Public Health RSV Vaccine Fact Sheet. I have had the chance to ask questions which were answered to my satisfaction. I understand the benefit and risks associated with this vaccine. I give consent to \_\_\_\_\_ to administer the RSV vaccine.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Are you consenting on behalf of someone else? ☐ No ☐ Yes

If yes, Legal Guardian full name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Legal Guardian phone number: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

| <b>For Clinic Use Only</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I have used two client identifiers, and the client has no contraindications to receiving the RSV vaccine based on the review of all screening questions. I have also verified that this client is eligible for the vaccine that they are receiving.</p> |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <p><b>Initials &amp; Designation:</b> _____</p>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <p><b><u>Vaccine</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> AREXVY®<br/>(0.5mL/IM)</p> <p><input type="checkbox"/> ABRYSSVO®<br/>(0.5mL/IM)</p>                                                                                                               | <p><b><u>Site</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Left Deltoid</p> <p><input type="checkbox"/> Right Deltoid</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> | <p><b><u>Lot Number and Expiry</u></b></p> <p>Lot Number: _____</p> <p>Expiry: _____</p> |
| <p><b>Date &amp; Time of Administration:</b></p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">YYYY/MM/DD</span> <span>HH:MM</span> </p>                                                                                              |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <p><b>Signature &amp; Designation:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <p>Clinical notes (date and time):</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |
| <p>Signature &amp; Designation _____</p>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                   |                                                                                          |

**For Data Entry Use Only**

☐ Data Entry in Panorama Complete      Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

☐ Data Entry in Panorama Complete      Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Vaccin contre le virus respiratoire syncytial

### Qu'est-ce que le VRS?

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est un virus respiratoire qui infecte le nez, la gorge et les poumons, et qui provoque des symptômes semblables à ceux du rhume. Il commence généralement à se répandre à l'automne et atteint son apogée au cours des mois d'hiver. On peut contracter le VRS à tout âge, mais cette infection est particulièrement sévère chez les nourrissons et les adultes plus âgés, entraînant souvent des infections pulmonaires graves nécessitant une hospitalisation, en particulier chez les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents tels que l'asthme et les maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques, et les personnes dont le système immunitaire est affaibli.

### Pourquoi se faire vacciner?

Des données probantes soutiennent l'administration d'une dose de vaccin contre le VRS (Arexvy<sup>MD</sup> ou Abrysvo<sup>MD</sup>) chez les adultes âgés de 60 ans et plus afin d'aider de prévenir la maladie causée par le VRS.

Les études indiquent une protection pluriannuelle. Si une personne a reçu une dose de vaccin contre le VRS au cours de la saison 2023-2024, 2024-2025 ou 2025-2026, elle n'a pas besoin de recevoir une autre dose, cette saison. Des études sont en cours pour déterminer la durée de la protection offerte par les vaccins.

Ces deux vaccins sont autorisés par Santé Canada et recommandés par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Arexvy<sup>MD</sup> et Abrysvo<sup>MD</sup> se sont révélés sécuritaires et très efficaces dans la prévention des formes graves de la maladie causée par le VRS.

### Qui peut se faire vacciner?

Le ministère de la Santé de l'Ontario finance actuellement le Programme de vaccination contre le VRS chez les personnes âgées pour les résidents de l'Ontario qui n'ont pas reçu de dose lors des saisons précédentes et qui :

- Personnes âgées de 75 ans ou plus;
- Personnes âgées de 60 à 74 ans et :
  - Personnes résidents dans des foyers de soins de longue durée, des centres d'accueil pour personnes âgées ou des résidences pour retraités;
  - Patients hospitalisés recevant des soins de niveau alternatif (NAS);
  - Patients recevant une hémodialyse ou dialyse péritonéale;
  - Bénéficiaires d'une greffe d'organe solides ou de cellules souches hématopoïétiques;
  - Personnes en situation d'itinérance;
  - Personnes s'identifiant comme Premières Nations, Inuits ou Métis;
  - Personnes atteintes de glomérulonéphrite modérément à sévèrement immunodéprimées.

**Si vous avez déjà eu une infection par le VRS :** Aucun intervalle précis n'est recommandé entre l'infection par le VRS et l'administration du vaccin contre le VRS. Cependant, tous les symptômes doivent avoir disparu avant de recevoir le vaccin.

**Si vous avez reçu une greffe d'organes solides ou de cellules souches :** Il est recommandé d'attendre trois à six mois après la greffe pour recevoir un vaccin contre le VRS. Toutefois, après consultation avec votre fournisseur habituel de soins de santé, un intervalle minimum d'un mois après la greffe peut être envisagé.

**Avant votre vaccination, parlez à un membre du personnel infirmier de notre clinique si l'une des situations suivantes s'applique à vous :**

- Vous avez eu une réaction allergique grave à l'un des composants du vaccin ou à son contenant, ou une réaction allergique immédiate (par exemple, anaphylaxie) à une dose précédente du vaccin.
- Vous avez reçu une greffe d'organes solides ou de cellules souches il y a moins de trois mois.

Il se peut que vous ne puissiez pas recevoir le vaccin dans notre clinique ou que vous deviez d'abord consulter un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien avant d'être vacciné dans une clinique de vaccination de Santé publique Ottawa.

**Remarque :** Si vous avez de la fièvre ou souffrez d'une infection plus grave qu'un rhume, attendez d'être sans fièvre et que vos symptômes s'améliorent depuis au moins 24 heures avant de vous faire vacciner.

### Ces vaccins sont-ils sécuritaires?

Oui. De nombreuses personnes qui reçoivent le vaccin contre le VRS ne subissent aucun effet secondaire ni effet indésirable. Chez celles qui en présentent, les effets sont généralement légers et ne durent que quelques jours. Les effets secondaires les plus courants du vaccin contre le VRS: une rougeur, une enflure et une douleur à l'endroit de l'injection, de la fatigue, de la fièvre, des maux de tête, des nausées, de la diarrhée et des douleurs musculaires et articulaires. Les réactions allergiques graves (comme l'anaphylaxie), bien que rares, sont un risque à l'administration de tout vaccin. Il est recommandé de rester à la clinique pendant 15 minutes après l'administration du vaccin, car l'anaphylaxie survient le plus souvent dans cet intervalle.

Contenu adapté du ministère de Santé de l'Ontario programmes de prévention du VRS pour les adultes plus âgés –  
récipients du vaccin

Dernière révision : 2026-09-23

Questions de dépistage du vaccin contre le VRS et  
Formulaire de consentement

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 : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Veuillez répondre aux questions en lien avec vos antécédents médicaux. Si vous répondez « oui », svp décrire.

|     |                                                                                                                                                          |                                                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Vous sentez-vous malade aujourd’hui? Avez-vous de la fièvre?                                                                                             | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |
| 2.  | Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le VRS ?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <sup>1</sup><br><br>Date: _____    |
| 3.  | Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin ?                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |
| 4.  | Avez-vous reçu une greffe de cellules souches ou d'organe au cours des trois derniers mois?                                                              | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <sup>2</sup> : _____               |
| 5.  | Avez-vous des allergies aux médicaments ou aux aliments?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |
| 6.  | Avez-vous des allergies aux ingrédients contenue dans le vaccin contre le VRS (par exemple: polysorbate 80 ou polyéthylène glycol (PEG), etc.) ?         | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |
| 7.  | Avez-vous un trouble hémorragique, ou recevez-vous une anticoagulation à long terme?                                                                     | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |
| 8.  | Si oui à la question 7, est-il bien contrôlé?                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui<br><br><input type="checkbox"/> NA |
| 9.  | Avez-vous déjà eu des étourdissements ou perdu connaissance après un vaccin ou un autre acte médical, ou avez-vous peur des injections ou des aiguilles? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |
| 10. | Souffrez-vous d'une maladie chronique affectant votre système immunitaire?                                                                               | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui: _____                             |

<sup>1</sup> Les personnes ayant déjà reçu une dose d’un vaccin contre le VRS ne devraient pas recevoir une autre dose cette saison, puisque les doses de rappel ne sont actuellement pas recommandées.

<sup>2</sup> Le vaccin contre le VRS devrait être administré au moins 3 à 6 mois suivant la greffe.

J’ai lu les renseignements se rapportant au vaccin contre le VRS qui m’ont été fournis dans la fiche d’information sur le vaccin contre le VRS de Santé publique Ottawa. 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. J’autorise le personnel de \_\_\_\_\_ à m’administrer le vaccin contre le VRS.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signez-vous au nom de quelqu’un d’autre? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, nom complet du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

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 le VRS. J’ai également vérifié que ce client est admissible au vaccin qu’il reçoit.

Initiale & Désignation \_\_\_\_\_

| <u>Vaccin</u>                                                | <u>Emplacement</u>                       | <u>Numéro de lot et date d’expiration</u> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AREXVY <sup>MD</sup><br>(0.5mL/IM)  | <input type="checkbox"/> Deltoïde gauche | Numéro de lot : _____                     |
| <input type="checkbox"/> ABRYSVO <sup>MD</sup><br>(0.5mL/IM) | <input type="checkbox"/> Deltoïde droit  | Date d’expiration : _____                 |
|                                                              | <input type="checkbox"/> Autre : _____   |                                           |

Date & Heure d’administration

AAAA/MM/JJHH:MM

Signature & Désignation

Notes cliniques (date et heure)

Signature & Désignation : \_\_\_\_\_

Réservé à l’usage des administrateurs

☐ Données transcrites dans Panorama    Signature : \_\_\_\_\_    Date : \_\_\_\_\_