

**Formulaire de dépistage pour le vaccin contre la COVID-19****DÉPISTAGE – Vaccin contre la COVID-19**

Version 3.0 – 17 août 2021

Nom		Prénom		Numéro d'identification (p. ex., carte Santé, passeport, certificat de naissance, permis de conduire)	
Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Autre : _____				Nom de votre clinicien en soins primaires (médecin de famille ou membre du personnel infirmier praticien)	
N° de téléphone (domicile)	N° de téléphone (cellulaire)	Adresse électronique			
Adresse municipale			Ville		Province
Code postal					
Date de naissance (mois, jour, année)  ____ / ____ / ____	Âge	<p>Avez-vous déjà reçu une ou plusieurs doses d'un vaccin contre la COVID-19? Dans l'affirmative, veuillez remplir les renseignements ci-dessous pour toutes les doses de vaccin reçues.</p> <p>Date de la première dose : _____/_____/_____ (mois, jour, année)</p> <p>Nom du vaccin administré pour la première dose : _____</p> <p>Date de la deuxième dose : _____/_____/_____ (mois, jour, année)</p> <p>Nom du vaccin administré pour la deuxième dose : _____</p>			

**Veillez répondre à toutes les questions ci-dessous :**

Si la cliente/le client reçoit un vaccin contre la COVID-19 AstraZeneca/COVISHIELD ou Janssen, les trois questions suivantes s'appliquent :

**Avez-vous souffert d'une thrombose veineuse ou artérielle importante avec thrombocytopénie à la suite de la vaccination avec tout vaccin?**

Non  Oui

Dans l'affirmative, veuillez préciser

<p><b>Avez-vous souffert d'une thrombose des sinus veineux cérébraux (TSVC) avec thrombocytopénie ou d'une thrombocytopénie induite par l'héparine (TIH)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous déjà vécu un épisode de syndrome de fuite capillaire?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous reçu un diagnostic de myocardite ou de péricardite à la suite de la première dose d'un vaccin contre la COVID-19 à ARN messager?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous été malade au cours des derniers jours? Présentez des symptômes de la COVID-19 ou faites-vous de la fièvre aujourd'hui?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave dans un délai de quatre heures après avoir reçu le vaccin contre la COVID-19?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Êtes-vous allergique au polyéthylène glycol, à la trométhamine (Moderna seulement) ou au polysorbate?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin ou à un médicament administré par injection (p. ex., IV, IM) pour laquelle vous avez eu besoin de soins médicaux?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous reçu un autre vaccin (autre qu'un vaccin contre la COVID-19) au cours des 14 derniers jours?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>
<p><b>Avez-vous un système immunitaire affaibli ou prenez-vous des médicaments pouvant affaiblir votre système immunitaire (p. ex., fortes doses de stéroïdes, chimiothérapie)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p><b>Dans l'affirmative, recevez-vous une thérapie à base de cellules souches, une thérapie immunocellulaire CAR T-cell, de la chimiothérapie, un traitement par inhibiteurs du point de contrôle immunitaire, des anticorps monoclonaux ou d'autres agents ciblés?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez préciser</p>

<b>Avez-vous un trouble de saignement ou prenez-vous des anticoagulants?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, veuillez préciser
<b>Vous êtes-vous déjà senti faible ou vous êtes-vous déjà évanoui après avoir reçu un vaccin ou une procédure médicale?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Dans l'affirmative, veuillez préciser