



DÉPISTAGE DE LA COVID-19 ET CONSENTEMENT AU VACCIN CONTRE LA COVID-19

Emplacement de la clinique/nom de l'établissement :

INFORMATION SUR LE CLIENT

Prénom :					Nom de famille :		
Date de naissance :	Année	Mois	Jour	Age	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Autre
N° de la carte Santé:					Courriel:		
Adresse:					Code postal:		Téléphone principal:

QUESTIONS DE DÉPISTAGE

Avez-vous reçu un diagnostic de myocardite ou de péricardite après avoir reçu une dose d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19? La dose suivante dans la série de vaccin à ARNm devrait être reportée chez les clients pour qui c'est le cas.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu une myocardite ou une péricardite auparavant?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Éprouvez-vous (ou avez-vous récemment éprouvé) de l'essoufflement ou des douleurs thoraciques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu une infection au COVID-19? <i>Une infection antérieure est définie comme (1) un test moléculaire (par exemple, un test PCR ou un test rapide d'antigène) ; ou symptomatique et un contact familial d'un cas confirmé de COVID-19</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été malade dans les derniers jours? Avez-vous de la fièvre ou des symptômes de la COVID-19 aujourd'hui?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave dans les 4 heures suivant l'administration du vaccin contre la COVID-19?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des allergies au polyéthylène glycol, au polysorbate ou à tout composant du vaccin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave à un vaccin ou à un médicament administré par injection (p. ex. intraveineuse, intramusculaire) qui a nécessité des soins médicaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un système immunitaire affaibli ou prenez-vous des médicaments pouvant affaiblir votre système immunitaire (p. ex. fortes doses de stéroïdes, chimiothérapie)? <i>Dans l'affirmative, recevez-vous un traitement à base de cellules souches, une thérapie par lymphocytes T (CAR-T), des traitements de chimiothérapie, des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire, des anticorps monoclonaux ou d'autres agents ciblés?</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous un trouble de saignement ou prenez-vous des anticoagulants?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous êtes-vous déjà senti faible ou vous êtes-vous déjà évanoui après avoir reçu un vaccin ou subi une procédure médicale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous activement une thérapie par anticorps monoclonaux OU une thérapie par plasma de convalescence pour le traitement ou la prévention de la COVID-19? <i>Dans l'affirmative, le vaccin contre la COVID-19 ne doit pas être administré pendant la thérapie ou le traitement.</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Staff use only (complete for filing):

Client Name		Client DOB (yyyy/mm/dd)	
Clinic Name		Date of Clinic (yyyy/mm/dd)	

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR TOUS LES CLIENTS ÂGÉS DE 6 MOIS À 11 ANS SEULEMENT

Avez-vous des antécédents de syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants non lié à une vaccination antérieure contre la COVID-19? (Dans l'affirmative, la vaccination doit être reportée jusqu'à la guérison clinique ou jusqu'à ce que 90 jours ou plus se soient écoulés depuis le diagnostic, selon la période la plus longue.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Avant la vaccination, veuillez passer en revue toutes les questions avec votre vaccinateur.

Avez-vous déjà reçu une dose de vaccin contre la COVID-19? Dans l'affirmative, Date de la dose 1 (aaaa/mm/jj) _____ Nom du vaccin : _____ Date de la dose 2 (aaaa/mm/jj) _____ Nom du vaccin : _____ Date de la dose 3 (aaaa/mm/jj) _____ Nom du vaccin : _____ Date de la dose 4 (aaaa/mm/jj) _____ Nom du vaccin : _____ Date de la dose 5 (aaaa/mm/jj) _____ Nom du vaccin : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

CONSENTEMENT ET COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

J'ai lu ou on m'a lu la fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19 de la municipalité régionale de York. Je comprends les avantages et les effets secondaires possibles du vaccin et je comprends que certaines

personnes figurant sur la fiche d'information ne doivent pas recevoir le vaccin contre la COVID-19. J'ai eu l'occasion d'obtenir des réponses à mes questions de la part d'un représentant du lieu ou de l'établissement où se tient la clinique.

- Je consens à recevoir le vaccin contre la COVID-19, y compris toutes les doses recommandées dans la série de vaccin.**
- Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment.**

POUR LES CLIENTS VIVANT DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS COLLECTIFS (p. ex. foyers de soins de longue durée et maisons de retraite) - Je comprends que si je retire mon consentement à titre de mandataire spécial d'une personne, je dois communiquer avec l'établissement de soins collectifs dans lequel la personne réside.

Reconnaissance de la collecte, de l'usage et de la divulgation de renseignements personnels sur la santé

Les renseignements personnels sur la santé contenus dans ce formulaire sont recueillis dans le but de vous fournir des soins et de créer un dossier d'immunisation à votre sujet, et parce qu'ils sont nécessaires à l'administration du programme de vaccination contre la COVID-19 de l'Ontario. Ces renseignements seront utilisés et divulgués à ces fins, ainsi qu'à d'autres fins autorisées et requises par la loi. Par exemple, ils seront divulgués au médecin hygiéniste en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsque la divulgation est nécessaire aux fins de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Ils peuvent également être divulgués à vos fournisseurs de soins de santé en tant que renseignements faisant partie de votre dossier médical électronique provincial. Les renseignements seront conservés dans un système de dossiers médicaux sous la garde et le contrôle du ministère de la Santé.

- Je reconnais avoir lu et compris la déclaration ci-dessus.**

On pourrait communiquer avec vous à des fins liées au vaccin contre la COVID-19 (par exemple, pour vous rappeler des rendez-vous de suivi et pour vous fournir une preuve de vaccination).

- Je consens à recevoir des communications de suivi par courriel ou message texte.**

Staff use only (complete for filing):

Client Name		Client DOB (yyyy/mm/dd)	
Clinic Name		Date of Clinic (yyyy/mm/dd)	

Consentement à une prise de contact concernant des études de recherche

Vous avez la possibilité de consentir à ce que des chercheurs communiquent avec vous au sujet d'une participation à des études de recherche sur le vaccin contre la COVID-19. Si vous consentez à ce que l'on communique avec vous, vos renseignements médicaux personnels seront utilisés pour déterminer quelles études de recherche pourraient s'appliquer à vous, et votre nom et vos coordonnées seront divulgués aux chercheurs. Le fait de consentir à ce que l'on communique avec vous concernant des études de recherche ne signifie pas que vous avez consenti à participer à la recherche en tant que telle. La participation est facultative. Vous pouvez refuser de consentir à ce que l'on communique avec vous concernant des études de recherche sans que cela n'ait une incidence sur votre admissibilité à recevoir le vaccin contre la COVID-19. Si vous consentez à ce que l'on communique avec vous concernant des études de recherche, puis changez d'avis, vous pouvez retirer votre

consentement en tout temps en communiquant avec le ministère de la Santé à l'adresse Vaccine@ontario.ca.

- Je consens à ce que l'on communique avec moi concernant des études de recherche sur les vaccins contre la COVID-19:**
 par courriel *par message texte* *par téléphone* *par la poste*
 Je ne consens pas à ce que l'on communique avec moi concernant des études de recherche en lien avec la COVID-19.

Signature du client/tuteur légal/mandataire special: _____ Date de la signature (aaaa/mm/jj): _____

Le cas échéant : Parent, tuteur légal ou mandataire spécial

Date de la signature (aaaa/mm/jj): _____

Nom complet:

Numéro de téléphone:

For Clinic Use Only: Complete this section if vaccine administration is not entered into COVAX

Client Full Name:

If applicable: Parent/Legal Guardian/SDM Signature:

Date Signed:

COVID-19 Product Name:

Diluent Lot #

N/A

Client DOB:

Route and Anatomical Site: IM – Right Deltoid IM – Left Deltoid
 IM – Right Anterolateral thigh IM – Left Anterolateral thigh

Lot #

Date given (yyyy/mm/dd):

Dose volume:

Dose Number:

Reason for Immunization:

Time given:

- Child/Youth 5+
 Infant/Child 6 months – 4 years

AEFI after receiving current dose?

Yes No

Reason for Paper Documentation:

- No consent for COVax entry Age priority population – Age eligible population Other reason: _____

Staff use only (complete for filing):

Client Name		Client DOB (yyyy/mm/dd)	
Clinic Name		Date of Clinic (yyyy/mm/dd)	

Immunizer Full Name and Designation:

Immunizer Signature: COVax unavailable Other:

Complete below if immunization not given

Reason immunization not given:
 Immunization is contraindicated
 HCP decision to temporarily defer immunization
 Medically ineligible
 Client withdrew consent
 HCP recommends immunization but no client consent
 Below minimum monograph age

Blank area for notes or additional information.

For ACI/office use only to document post-clinic data entry into COVax as appropriate | Date/time entered **(office use only)** | Printed Name **(office use only)**

Staff use only (complete for filing):

Client Name		Client DOB (yyyy/mm/dd)	
Clinic Name		Date of Clinic (yyyy/mm/dd)	