



2.51 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE ÉVALUATION ET ENREGISTREMENT DES VACCINS CONTRE L'INFLUENZA ET LE PNEUMOCOQUE

I. CLIENTÈLE VISÉE

- Les patients en médecine de jour
- Les patients hospitalisés à l'ICM peuvent recevoir le vaccin contre l'influenza et/ou contre le pneumocoque la veille du congé prévu ou la journée du congé à l'exception de ceux présentant une contre-indication (voir sections II et III).
- Les proches aidants

II. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU VACCIN CONTRE L'INFLUENZA

| INDICATIONS | CONTRE-INDICATIONS |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes atteintes de certaines maladies chroniques* à partir de l'âge de 6 mois ■ Personnes âgées de 65 ans et plus ■ Femmes enceintes atteintes de certaines maladies chroniques*, quel que soit le stade de la grossesse ■ Femmes enceintes en bonne santé à partir de la 13^e semaine de grossesse ■ Résidents des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que les ressources intermédiaires (RI-SAPA) ■ Les voyageurs qui présentent l'une des conditions mentionnées précédemment et qui se rendront dans une région où les virus de l'influenza circulent ■ Personnes vivant sous le même toit que les enfants de moins de 6 mois et les personnes mentionnées précédemment ainsi que les proches aidants de ces personnes et de ces enfants ■ Les personnes vivant dans les communautés éloignées et isolées ■ Les personnes qui, dans l'exercice de leurs fonctions, rendent des services essentiels dans la communauté ■ Les voyageurs en bonne santé qui quittent le Canada pour se rendre dans une région où l'activité grippale est en cours ou est prévue <p>*Asplénie additionnelle ou fonctionnelle, immunodépression, insuffisance rénale chronique ou syndrome néphrotique, maladie cardiaque ou pulmonaire chronique, asthme, conditions entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspirations, diabète, maladie hépatique chronique, troubles hématologiques, erreurs innées du métabolisme, obésité importante (IMC \geq 40), cancer, maladie du système lymphatique ou sanguin (ex. : anémie), hémophilie et maladie nécessitant l'administration répétée de produits sanguins.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ■ Maladie fébrile aiguë ■ Histoire d'anaphylaxie à un excipient du vaccin : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Fluvira</i>^{MD} (Thimérosal) ▪ <i>Fluzone</i>^{MD} Quadrivalent (Thimérosal) ■ Si l'allergie à l'excipient est une dermatite de contact, on peut quand même l'administrer. ■ Histoire de réaction anaphylactique post-vaccination ■ Histoire de réaction sévère à une vaccination antérieure ■ Patient greffé il y a moins de 6 mois ou avec une infection ou en rejet actif |

III. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATION DU VACCIN CONTRE LE PNEUMOCOQUE

| INDICATIONS | CONTRE-INDICATIONS |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Patient âgé de 65 ans et plus ■ Patient âgé de 18 à 64 ans présentant une condition à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Maladie cardiaque ou pulmonaire chronique; ○ Asthme assez grave pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers chez les personnes de 50 ans et plus; ○ Maladie hépatique sauf cirrhose; ○ Diabète; ○ Insuffisance rénale chronique non terminale ou syndrome néphrotique; ○ Condition entraînant une diminution de l'évacuation des sécrétions respiratoires ou des risques d'aspiration. | <ul style="list-style-type: none"> ■ Maladie fébrile aiguë ■ Vaccin pneumococcique reçu dans les 5 dernières années ■ Allergie au phénol N.B. : Le phénol est un agent de conservation qui se retrouve dans plusieurs produits tels que : crème solaire, produits de beauté, parfum, herbicides, pesticides et aussi dans ce vaccin. Une allergie au phénol peut être confirmée par des tests sur les agents de conservation. ■ Histoire d'anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure ■ Patient greffé il y a moins de 6 mois ou avec une infection ou en rejet actif ■ Patient âgé de 65 ans et plus présentant une condition à risque très élevé d'infection invasive à pneumocoque : <ul style="list-style-type: none"> ○ Asplénie anatomique ou fonctionnelle; ○ Immunosuppression, immunodéficience; ○ Cirrhose; ○ Implant cochléaire; ○ Écoulement chronique de liquide céphalorachidien; ○ Insuffisance rénale terminale (incluant les personnes dialysées) ou syndrome néphrotique; ○ Itinérance (sans-abri); ○ Utilisation actuelle et régulière de drogues dures (par inhalation ou par injection) avec une détérioration de l'état de santé ou des conditions de vie précaire. |



2.51 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE ÉVALUATION ET ENREGISTREMENT DES VACCINS CONTRE L'INFLUENZA ET LE PNEUMOCOQUE

Sections à remplir obligatoirement

Une fois complétée, transmettre l'OPI 2.51 à : vaccination.influenza@icm-mhi.org (adresse déjà programmée sur les imprimantes des unités), afin que l'inscription au registre vaccinal provincial soit complété.

IV. ORDONNANCE

- Vaccin contre l'influenza
 Vaccin contre le pneumocoque } *Il est possible de donner les 2 vaccins au même moment en utilisant des sites d'injection différents. Ne pas mélanger.*
- L'évaluation a été réalisée pour : Patient Proche aidant (La carte de l'ICM est obligatoire et ce formulaire doit être retourné à la pharmacie)

V. CONSENTEMENT

La signature du patient et la raison du refus, le cas échéant, sont obligatoires.

- Je consens Je refuse le vaccin Raison du refus : _____
- Signature du patient/aidant naturel : _____ Date : ____/____/____
AAAA MM JJ

ENREGISTREMENT DE L'ADMINISTRATION

INFLUENZA

Produit à favoriser pour les personnes de 65 ans et plus, si disponible

- Fluzone^{MD}* Haute dose Quadrivalent 0,7 ml IM

Produits indiqués pour les personnes de 6 mois ou plus

- Fluzone^{MD}* Quadrivalent 0,5 ml IM
 Fluvira^{MD} 0,5 ml IM

Date : ____/____/____ Heure : _____
AAAA MM JJ

Administré par : _____

Deltoïde : droit gauche

Lot # : _____

Date d'expiration : ____/____/____
AAAA MM JJ

- Si patient anticoagulé : faire une compression au site d'injection pendant 5 minutes

PNEUMOCOQUE

- Pneumovax* 0,5 ml IM

- Si patient anticoagulé : faire une compression au site d'injection pendant 5 minutes

Date : ____/____/____ Heure : _____
AAAA MM JJ

Administré par : _____

Deltoïde : droit gauche

Lot # : _____

Date d'expiration : ____/____/____
AAAA MM JJ

- Vaccination bien tolérée : OUI NON _____

Enseignement au patient/proche aidant fait : OUI

Patient/proche aidant avisé de rester sur place 15 minutes après la vaccination : OUI

Nom du professionnel (Lettres moulées) : _____

Signature : _____

N° de permis : _____

Date : ____/____/____
AAAA MM JJ