



DT9434

DECLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES APRES UNE VACCINATION

Acheminer à la DSPublique de votre région

N° d'assurance maladie				
Nom et prénom de l'utilisateur				
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse (numéro, rue)				
Ville			Code postal	
Nom du parent				
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (bureau)	N° de poste

Date de vaccination	Année	Mois	Jour	À l'usage de la DSPublique	N° d'utilisateur SI-PMI	N° d'id de la MCI SI-PMI	NIL d'IMPACT
----------------------------	-------	------	------	-----------------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------

CONSIGNES POUR REMPLIR LE RAPPORT DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI)

- 1- Signaler uniquement les manifestations cliniques survenues après l'administration d'un vaccin et qui ne peuvent être clairement attribuées à une ou des conditions coexistantes et tenir compte des définitions proposées. **Il n'est pas nécessaire d'établir une relation de cause à effet entre l'immunisation et les manifestations cliniques. La soumission d'un rapport ne met pas nécessairement en cause le vaccin.**
- 2- Les manifestations cliniques marquées d'un astérisque (*) doivent être diagnostiquées par un médecin.
- 3- Inscrire l'intervalle entre la vaccination et l'apparition de chacune des manifestations cliniques de même que leur durée (en minutes, heures ou jours).
- 4- Fournir au besoin tous les renseignements pertinents dans la section **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**, notamment : diagnostics du médecin, résultats des tests diagnostiques ou de laboratoire, traitements à l'hôpital et diagnostics au moment du congé lorsque la personne vaccinée a été hospitalisée à cause des manifestations cliniques rapportées. Si on le juge indiqué, des photocopies des dossiers originaux peuvent être soumises.
- 5- Fournir des renseignements pertinents sur les antécédents médicaux qui se rapportent aux manifestations cliniques signalées, par exemple : antécédents d'allergie, épisodes antérieurs ou maladies concomitantes.
- 6- Inscrire **tous les vaccins** administrés lors de la séance de vaccination même s'il s'agit d'une réaction locale.

1. VACCINS

Vaccin(s) administré(s)	Dose (1 ^{re} , 2 ^e , 3 ^e , etc.)	Site	Voie	Quantité	Fabricant	Numéro de lot

2. MCI ANTÉRIEURES

Des MCI sont-elles survenues après l'administration de doses précédentes de l'un des produits immunisants indiqués ci-dessus (section 1)?
(cocher une seule réponse)

Non Oui (préciser à la section 8) Inconnu Ne s'applique pas (aucune dose antérieure)

3. ERREURS D'IMMUNISATION

Ces MCI sont-elles survenues à la suite d'une erreur d'immunisation? Non Inconnu Oui
(si Oui, cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 8)

Vaccin donné en dehors des limites d'âge recommandées Produit périmé Mauvais vaccin administré
 Mauvaise voie d'administration Dose dépassait celle recommandée pour l'âge
 Autre, préciser : _____

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Antécédents médicaux (jusqu'à l'apparition des MCI) (cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 8)

Médicament(s) pris en concomitance Problèmes de santé/allergies connus Maladie/lésion aiguë Inconnu
 Information non disponible Enceinte au moment de l'immunisation (inscrire dans les commentaires le nombre de semaines de gestation)

Nom de l'usager

N° de dossier

5. RÉPERCUSSIONS DES MCI, ÉVOLUTION ET NIVEAU DE SOINS OBTENUS**5a. Répercussions des MCI** (cocher une seule réponse)

- Ne nuisent pas aux activités quotidiennes
- Nuisent aux activités mais n'empêchent pas les activités quotidiennes
- Empêchent les activités quotidiennes

5b. Évolution au moment du rapport (préciser à la section 8)

- Rétablissement complet Inconnu
- Pas encore rétabli Décès, date (année, mois, jour) : _____
- Invalidité/incapacité permanente Date du décès inconnue

5c. Plus haut niveau de soins obtenus (cocher une seule réponse)

- Inconnu Aucun Consultation téléphonique
- Consultation non urgente Consultation à l'urgence
- Hospitalisation (_____ jours) OU Prolongation de l'hospitalisation en cours (de _____ jours)

Date de l'admission (année, mois, jour) : _____ Date du congé (année, mois, jour) : _____

5d. Traitement reçu

- Non Inconnu Oui (préciser à la section 8, incluant les autotraitements)

6. INFORMATION SUR LE DÉCLARANTLieu de travail : Clinique médicale/pharmacie CISSS/CIUSSS Info-Santé Autre, préciser : _____

Nom de l'installation : _____

Nom : _____ Téléphone : _____, poste _____ Télécopieur : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____ Date (année, mois, jour) : _____

Signature : _____ M.D. Inf. Autre, préciser : _____ N° de permis : _____Personne vaccinée informée d'un appel possible de la DSPublique : Oui Non

Coordonnées pour rejoindre la personne le plus facilement (téléphone et/ou courriel) : _____

7. SECTION A À D

Remplir toutes les sections comme approprié; pour chacune, cocher tous les signes/symptômes qui s'appliquent. Les manifestations avec astérisque (*) devraient être diagnostiquées par un médecin. Sinon, fournir des renseignements suffisants pour appuyer les manifestations choisies. Utiliser la section 8 pour le détail clinique et les résultats des tests.

 7a. Réaction locale au niveau ou près du site de vaccinationDélai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signeDurée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1^{er} symptôme/signe à la disparition de tous les symptômes/signes

- Abscès infecté Abscès stérile Cellulite* Nodule Réaction s'étend au-delà de l'articulation la plus proche
- Lymphadénite Douleur, rougeur ou enflure pour 4 jours ou plus Autre

Pour toute réaction au site de vaccination, cocher toutes les cases qui s'appliquent ci-dessous et préciser à la section 8 :

- Enflure Douleur Sensibilité Érythème Chaleur
- Induration Éruption Fluctuation palpable Drainage spontané/chirurgical Résultats microbiologiques
- Traînées lymphangitiques Adénopathie régionale Liquide démontré par imagerie (ex. : IRM,CT, échographie)
- Diamètre le plus grand de la réaction au point d'injection : _____ cm, site(s) de la réaction _____ (ex. BG, BD)

7. SECTION A À D (suite) **7b. Réaction allergique et autre MCI d'allure allergique**Délai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signeDurée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signésCocher une seule réponse : Anaphylaxie Syndrome oculorespiratoire (SOR) Autre MCI d'allure allergique

Peau/muqueuse	<input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée (site) : _____
	<input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Autre éruption <input type="checkbox"/> Bouffées vasomotrices (flushing) <input type="checkbox"/> Sensation de picotements
	Angioedème : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Luette <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/> Lèvres <input type="checkbox"/> Paupières <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Membres <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____
	Les yeux : <input type="checkbox"/> Rougeur bilatérale <input type="checkbox"/> Rougeur unilatérale <input type="checkbox"/> Démangeaison
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Hypotension mesurée <input type="checkbox"/> Temps de remplissage capillaire > 3 sec. <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> ↓ ou perte de conscience <input type="checkbox"/> Diminution ou absence du volume pulsatile central (pouls carotidien, brachial ou fémoral)
Respiratoire	<input type="checkbox"/> Éternuement <input type="checkbox"/> Rhinorrhée <input type="checkbox"/> Voix rauque <input type="checkbox"/> Sensation de serrement de la gorge <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Tachypnée <input type="checkbox"/> Respiration sifflante <input type="checkbox"/> Tirage/rétraction <input type="checkbox"/> Expiration laborieuse (grognement) <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Mal de gorge <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> Oppression thoracique <input type="checkbox"/> Bronchospasme
Digestif	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement

 7c. Manifestations neurologiquesDélai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signeDurée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signés
 Méningite* **Encéphalopathie/encéphalite*** **Syndrome de Guillain-Barré (SGB)*** **Paralysie de Bell***
 Autre paralysie* **Convulsions** **Anesthésie/paresthésie** (Généralisée Localisée, site : _____)
 Autre diagnostic neurologique*, préciser : _____

 Diminution/altération de l'état de conscience Léthargie Engourdissement
 Signe(s) neurologique(s) en foyer ou à foyers multiples Fièvre (≥ 38,0 °C) Fourmillements
 Anomalie à l'EEG Anomalie à l'EMG Brûlure
 Anomalie histopathologique du cerveau/de la moelle épinière Anomalie à la neuroimagerie Picotement
 Changement de la personnalité pendant ≥ 24 heures Anomalie du LCR
 Autre, préciser : _____

 Convulsions généralisées
(préciser : Toniques Cloniques Tonico-cloniques Atoniques Épisode d'absence Myocloniques)
OU **Convulsions partielles**
Détails des convulsions : Perte de conscience soudaine Oui Non Inconnu
 Observées par un professionnel de la santé Oui Non Inconnu
 Antécédents de convulsions (préciser : Fébriles Afébriles Nature inconnue)

7. SECTION A À D (suite) **7d. Autres MCI**Délai : _____ min. _____ hre _____ jrs entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signeDurée : _____ min. _____ hre _____ jrs de l'apparition du 1^{er} symptôme/signe à la disparition de tous les symptômes/signes

- Épisode hypotonique-hyporéactif (âge < 2 ans) :** Flaccidité Pâleur/cyanose
 Baisse du niveau de conscience ou perte de conscience
- Pleurs persistants** (pleurs constants et inchangés ≥ 3 heures)
- Invagination intestinale***
- Arthrite :** Rougeur articulaire Chaleur de l'articulation au toucher Douleur articulaire Gonflement articulaire
 Modification inflammatoire du liquide synovial
- Parotidite*** (Enflure de la glande parotide avec douleur et/ou sensibilité)
- Éruption :** Généralisée Localisée ailleurs qu'au site d'injection, site : _____
- Thrombocytopénie*** : Numération plaquettaire < 150 x 10⁹/L Éruptions pétiéchiales Signes cliniques d'hémorragie
- Vomissements sévères** (assez grave pour interférer avec les activités quotidiennes)
- Diarrhée sévère** (assez grave pour interférer avec les activités quotidiennes)
- Fièvre ≥ 38,0 °C** (si associée à une autre MCI ou si considérée grave ou inattendue) (*spécifier et fournir des détails dans la section 8*)
- Autre(s) MCI graves ou inattendues non mentionnées dans ce formulaire** (*spécifier et fournir des détails dans la section 8*)

8. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Indiquer toute information pertinente dans cette section, en particulier la durée de l'incident et sa gravité, médicaments pertinentes, antécédents, etc. en précisant la date de mise à jour (année, mois, jour).

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

9. NOTES – RÉSERVÉ À LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Conduite – Signalement : Retenu et déclaration au fichier ESPRI Non retenu

Aucun changement au calendrier vaccinal Prochaine immunisation en milieu contrôlé
 Référence à un spécialiste, préciser : _____ Déterminer titre d'anticorps protecteurs
 Pas d'autres immunisations avec : _____, préciser : _____
 Suivi actif de récurrence après le prochain vaccin Autre, préciser : _____

Commentaires :

Nom		Titre professionnel Préciser : <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Autre		N° de permis
Ind. rég.	Téléphone	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

10. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES APRÈS LA DÉCLARATION INITIALE

Vaccin administré sans MCI suivant la vaccination Vaccin administré avec récurrence de MCI suivant la vaccination
 Vaccin administré, autre MCI observée Vaccin administré sans information sur MCI suivant la vaccination
 Vaccin n'a pas été administré

Commentaires :

Nom		Titre professionnel Préciser : <input type="checkbox"/> M.D. <input type="checkbox"/> Inf. <input type="checkbox"/> Autre		N° de permis
Nom de l'installation		Signature		Date (année, mois, jour)