Sion, 03.11.21/VBT/

20211103\_FormulaireVaccinationRappelCOVID19\_FR.docx

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VACCINATION DE RAPPEL COVID-19

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DONNEES CONCERNANT LE/LA CANDIDAT.E A LA VACCINATION | | | | |
| Nom : | | | | |
| Prénom : | | | | |
| Date de naissance | Jour | Mois | Année | Sexe  M F |
| Adresse : (N°, rue) | | | | |
| Ville : | | | | NPA : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMATION GENERALES | | | | | | | | |
| Le / la candidat.e à la vaccination est capable de discernement | | | | | | | | |
| Le / la candidat.e à la vaccination est incapable de discernement. Il est représenté par[[1]](#footnote-1) :  Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_\_  NPA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N° de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| PREMIERE ET DEUXIEME DOSE DE VACINATION | | | | | | | | |
| Dose 1  Moderna – Pfizer-BioNtech | Date (AAAA-MM-JJ) | Dose 2[[2]](#footnote-2) Moderna – Pfizer-BioNtech | | Date (AAAA-MM-JJ) | | | | |
|  |  | | | | |
| REACTIONS ALLERGIQUES A LA VACCINATION | | | | | | | | |
| Cette personne a-t-elle déjà ressenti des effets secondaires graves après l’administration d’un vaccin autre qu’un vaccin contre la COVID-19 ou à la suite de l’administration d’une dose d’un vaccin contre la COVID-19, y compris une myocardite ou péricardite ? (Pfizer ou Moderna) ? Si oui, décrivez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | OUI | | NON | | | | |
| AUTRES REACTIONS ALLERGIQUES | | | | | | | | |
| Cette personne souffre-t-elle d’autres allergies connues? | | OUI | | | | NON | | |
| ANTECEDENTS COVID-19 (à valider par le médecin) | | | | | | | | |
| Cette personne a-t-elle fait une infection à la COVID-19 ?  Si oui, à quand remonte le début des symptômes ? | | OUI |  | | NON | | | |
| Date : |  | | Jour | | Mois | Année |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VACCINATION[[3]](#footnote-3) | | | | | |
|  | ELEMENTS COMPLEMENTAIRES A VALIDER PAR LE MÉDECIN | OUI | NON | N/A | PRECISION |
| 1. | Problèmes de santé actuels ou passés  Cette personne se sent-elle malade aujourd’hui ou présente-t- elle des symptômes compatibles avec la COVID-19 ?  Souffre-t-elle de troubles de la coagulation ? |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Cette personne s’est-elle déjà sentie faible ou s’est-elle déjà évanouie après une vaccination ou une intervention médicale ? |  |  |  |  |
| 2. | Médicaments  Cette personne prend-elle des médicaments immunodépresseurs, des anticoagulants ? |  |  |  |  |
| 3. | Produits sanguins  Cette personne a-t-elle reçu du plasma de patient.e.s convalescents de la COVID-19 ou des anticorps monoclonaux contre la COVID-19? |  |  |  |  |
| 4. | Grossesse  Si l’usager est une femme, est-elle présentement enceinte ou allaite-t-elle ? |  |  |  |  |

*Pour le consentement, il est laissé libre choix à l’EMS de fonctionner avec un consentement direct par signature (chapitre A ci-dessous), ou un consentement téléphonique (chapitre B ci-dessous).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A. CONSENTEMENT ECRIT | | | | |
| * J’ai été informé des avantages et des risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination. Je consens à ce qu’on m’administre la vaccination de rappel (3ème dose), selon les recommandations de l’OFSP. * J’ai pris connaissance des avantages du vaccin contre la COVID-19 et des réactions possibles, ainsi que des risques de ne pas se faire immuniser. * J’ai été informé de la possibilité de poser des questions et de discuter de mes préoccupations concernant le vaccin contre la COVID-19 avec un médecin. * Je comprends que je peux retirer à tout moment mon consentement en informant l’équipe soignante et médicale qui administre le vaccin contre la COVID-19. * Je confirme que j’ai l’autorité légale de consentir à cette immunisation. | | | | |
| Nom de la personne qui donne son consentement |  | Signature de la personne qui donne son consentement |  | Date (AAAA-MM-JJ) |
|  |
| Personne qui donne le consentement écrit :  Candiat.e à la vaccination  Personne habilitée à représenter le / la patient.e incapable de discernement et à consentir aux soins   médicaux | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| B. CONSENTEMENT ORAL | | | | |
| * Le /la candidat.e à la vaccination et /ou la personne habilitée à le/ la représenter et à consentir aux soins médicaux ont été informées des avantages et des risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination. La personne habilitée à représenter le/la candidate à la vaccination et à consentir aux soins médicaux consent à ce qu’on administre la vaccination de rappel (3ème dose) au candidat à la vaccination mentionné en page 1 de ce formulaire, selon les recommandations de l’OFSP. * Le /la candidat.e à la vaccination et /ou la personne habilitée à le/ la représenter et à consentir aux soins médicaux ont pris connaissance des avantages du vaccin contre la COVID-19 et des réactions possibles, ainsi que des risques de ne pas se faire immuniser. * Le /la candidat.e à la vaccination et /ou la personne habilitée à le/ la représenter été informé de la possibilité de poser des questions et de discuter de ses préoccupations concernant le vaccin contre la COVID-19 avec un médecin. * Le /la candidat.e à la vaccination et /ou la personne habilitée à le/ la représenter et à consentir aux soins médicaux comprennent qu’ils peuvent retirer à tout moment leur consentement en informant l’équipe soignante et médicale qui administre le vaccin contre la COVID-19. * Les personnes qui apposent leur signature ci-dessous confirment qu’elles ont obtenu le consentement oral du / de la candidat.e. à la vaccination et /ou la personne habilitée à le/ la représenter et à consentir aux soins médicaux. | | | | |
| Nom et profession de la personne qui obtient le consentement oral |  | Nom et profession de la personne témoin de l’obtention du consentement oral (A compléter uniquement si le consentement est obtenu par téléphone). |  | Date (AAA-MM-JJ) |
|  |
| Personne qui donne le consentement oral :  Candiat.e à la vaccination  Personne habilitée à représenter le / la candidat.e à la vaccination incapable de discernement et à   consentir aux soins médicaux | | | | |

Notes :

1. Sont habilités à représenter la personne incapable de discernement et à consentir ou non aux soins médicaux que le médecin envisage de lui administrer ambulatoirement ou en milieu institutionnel, dans l’ordre: la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d’inaptitude; le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical; son conjoint ou son partenaire enregistré, s’il fait ménage commun avec elle ou s’il lui fournit une assistance personnelle régulière; la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière; ses descendants, s’ils lui fournissent une assistance personnelle régulière; ses père et mère, s’ils lui fournissent une assistance personnelle régulière; ses frères et sœurs, s’ils lui fournissent une assistance personnelle régulière. [↑](#footnote-ref-1)
2. Un écart d’au moins six mois doit être respecté entre l’administration de la 2ème dose et la dose de rappel [↑](#footnote-ref-2)
3. Il est possible que certaines de ces questions soient superflues. Pour connaître les contre-indications et les précautions, veuillez-vous référer aux informations fournies par les laboratoires pharmaceutiques. [↑](#footnote-ref-3)