

**VACCINATION ANTI-COVID-19**

Page 1 sur 1

- I. **DESCRIPTION, OBJECTIF ET BÉNÉFICES ATTENDUS DE LA PROCÉDURE DE VACCINATION.** Je comprends qu'un vaccin me sera administré par injection à l'aiguille et qu'il est destiné à réduire mon risque de tomber malade à la suite d'une infection à la COVID-19. Les infections à la COVID-19 peuvent avoir des complications graves, mettant en jeu le pronostic vital. En fonction de la spécificité du vaccin anti-COVID-19, je pourrais avoir besoin d'une ou de deux injections, ainsi que des injections de rappel périodiques. Je m'engage à rester sur le lieu de vaccination pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin de pouvoir être pris(e) en charge en cas de réaction indésirable au vaccin.
- II. **RISQUES ET LIMITATIONS POTENTIELS ASSOCIÉS À LA PROCÉDURE.** Je comprends que je pourrais présenter une douleur, une rougeur et/ou un gonflement au site d'injection. Les autres risques et bénéfices importants connus et potentiels du vaccin, ainsi que le manque de connaissances sur ces risques et bénéfices, sont décrits dans une fiche d'information sur l'autorisation d'utilisation d'urgence (Emergency Use Authorization, EUA) de la FDA (Food and Drug Administration). J'ai reçu et lu la fiche d'information et une liste de contrôle pré-vaccination pour le vaccin. Si j'ai d'autres questions concernant la procédure, je les poserai avant de me faire vacciner. La durée des bénéfices potentiels du vaccin reste encore inconnue ; ainsi que son efficacité contre les formes mutantes du virus COVID-19. Je comprends que je pourrais toujours tomber malade de la COVID-19 et que je pourrais transmettre le virus à d'autres personnes. **Pour cette raison, le vaccin n'élimine pas la nécessité du port d'un masque de protection, de la distanciation physique et de l'hygiène des mains.**
- III. **ALTERNATIVES DE TRAITEMENT.** Je comprends que je peux refuser le vaccin anti-COVID-19. Il n'existe actuellement aucune alternative efficace connue pour prévenir les infections à la COVID-19, autre que le port d'un masque de protection, la distanciation physique et l'hygiène des mains.
- IV. **PRÉCAUTIONS/CONTRE-INDICATIONS** *Le vaccin peut être contre-indiqué en fonction de vos réponses.*

Avez-vous de la fièvre ou une sensation de malaise aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Non ou <input type="checkbox"/> Oui – si oui, reportez jusqu'à ce que vous vous sentiez mieux.
Présentez-vous des antécédents de réaction allergique (par exemple, anaphylaxie, urticaire, démangeaisons) à l'un des composants de ce vaccin ?	<input type="checkbox"/> Non ou <input type="checkbox"/> Oui – si oui, ARRÊTEZ, NE vous faites PAS vacciner.
Présentez-vous des antécédents de réaction allergique immédiate à un autre vaccin ?	<input type="checkbox"/> Non ou <input type="checkbox"/> Oui – si oui, consultez un médecin et envisagez un report de la vaccination.
Présentez-vous des antécédents de réaction allergique immédiate à un traitement injectable ou à un produit de contraste intraveineux ?	<input type="checkbox"/> Non ou <input type="checkbox"/> Oui – si oui, consultez un médecin et envisagez un report de la vaccination.
Présentez-vous des antécédents d'anaphylaxie ?	<input type="checkbox"/> Non ou <input type="checkbox"/> Oui – si oui, restez en observation pendant 30 minutes.

- V. **UTILISATION DES INFORMATIONS MÉDICALES.** Je comprends que les dossiers d'administration de ce vaccin et des doses de rappel périodiques seront déclarés aux organismes de réglementation étatiques et/ou fédéraux. J'autorise le partage de mon dossier de vaccin anti-COVID-19 avec mon médecin traitant et son utilisation ou son partage à des fins de paiement, de qualité des soins, de sécurité des patients et de recherche. Si je suis actuellement employé(e) par MaineHealth, j'autorise également MaineHealth, en sa qualité de fournisseur de soins de santé, à fournir les dossiers concernant l'administration de ce vaccin et de toute dose de rappel au département des services de santé des employés de MaineHealth et à accéder aux informations disponibles sur la vaccination dans la base de données ImmPact de l'État. Dans le cas contraire, les informations seront traitées conformément à l'Avis sur les pratiques en matière de confidentialité des informations médicales de MaineHealth disponible en ligne à l'adresse <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>, avec des copies imprimées également disponibles sur demande.
- VI. **CONTACT TÉLÉPHONIQUE.** Je consens à être contacté(e) par MaineHealth ou ses représentants par téléphone (portable ou fixe), SMS ou message vocal au numéro de téléphone fourni précédemment. Ce consentement s'applique aux personnes qui agissent en mon nom.

Nom de la personne ressource en cas d'urgence : \_\_\_\_\_ Numéro de la personne ressource en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

X

Date \_\_\_\_\_ Heure Matin|Soir \_\_\_\_\_ Signature  Patient(e)  Parent  Tuteur/tutrice  Mandataire \_\_\_\_\_

Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_

En cas de consentement téléphonique donné par :  Patient  Autre \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

_____	_____	<b>X</b>	_____
Date	Heure Matin   Soir	Signature du témoin (pour le consentement par téléphone ou lorsque le patient est physiquement incapable de signer)	Nom en caractères d'imprimerie
Interprète pour : <input type="checkbox"/> Langue des signes <input type="checkbox"/> Langue étrangère <input checked="" type="checkbox"/> Autre _____			
			Nom en caractères d'imprimerie ou informations d'identification _____
_____	_____	<b>X</b>	_____
Date	Heure format de 24 heures	Signature du médecin ou de son représentant	Nom en caractères d'imprimerie

**Réservé à l'usage du personnel :**

Le/la patient(e) **a présenté** une réaction indésirable immédiate au vaccin.  Le/la patient(e) **n'a pas** présenté de réaction indésirable immédiate au vaccin.

149001

09/02/2022

Type de document : Consentement à la vaccination contre la Covid