

Sion, 22.12.20/AS/VBT/st

20201221_FormulaireVaccinationCOVID19_FR.docx

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION COVID-19

DONNEES CONCERNANT LE/LA PATIENT.E				
Nom du / de la patient.e :				
Prénom du / de la patient.e :				
Date de naissance	Jour	Mois	Année	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse : (N°, rue)				
Ville				NPA

INFORMATION GENERALES
<input type="checkbox"/> Le / la patient.e est capable de discernement
<input type="checkbox"/> Le / la patient.e est incapable de discernement. Il est représenté par ¹ :
Nom : _____ Prénom : _____
Rue : _____ N° : _____
NPA : _____ Ville : _____
N° de téléphone : _____

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'incapacité; 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.

ANTEDECENTS COVID-19 (à valider par le médecin)				
Le/la patient.e a-t-il / elle fait une infection à la COVID-19 ? Si oui, à quand remonte le début des symptômes ? (Préciser ici la date du début de la maladie / test, et n'envisager la vaccination que 3 mois après la maladie / test positif).	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
	Date :	Jour	Mois	Année
REACTIONS ALLERGIQUES (à valider par le médecin)				
Le/la patient.e souffre-t-il/elle d'allergies connues? Le/la patient.e a-t-il / elle déjà fait une réaction allergique grave suite à une vaccination ? (Si oui, déconseiller vaccination hormis sous condition optimale de réanimation immédiate).	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	

QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VACCINATION ²					
	ELEMENTS COMPLEMENTAIRES A VALIDER PAR LE MÉDECIN	OUI	NON	N/A	PRECISION
1. Problèmes de santé actuels ou passés Le/la patient.e présente-t-il / elle des symptômes compatibles avec la COVID-19 ? Est-il / elle immunodéprimé.e ou atteint.e d'une maladie auto-immune ? Souffre-t-il / elle de troubles de la coagulation ? Un changement récent dans son état de santé a-t-il été remarqué ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Médicaments Le/la patient.e prend-il/elle des médicaments immunodépresseurs, des anticoagulants ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Réaction allergique Le/la patient.e souffre-t-il/elle d'allergies connues?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Produits sanguins Le/la patient.e a-t-il / elle reçu du plasma de patient.e.s convalescents de la COVID-19 ou des anticorps monoclonaux contre la COVID-19?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

² 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.

5.	Autres vaccinations Le/la patient.e a-t-il / elle été vacciné au cours des 14 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Grossesse Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte ou allaite-t-elle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CONSENTEMENT / DECISION

- Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination contre la COVID-19, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir post vaccination ont été donnés au / à la patient.e ou à la personne habilitée à le / la représenter et à consentir aux soins médicaux.
- Les informations contenues dans les feuilles d'information de l'OFSP ont été communiquées au / à la patient.e ou à la personne habilitée à le / la représenter et à consentir aux soins médicaux.
- Un temps de surveillance de 15 à 30 minutes sera observé après la vaccination.

DECISION

Le/la patient.e ou la personne habilitée à le / la représenter et à consentir aux soins médicaux :

- Consent à la vaccination contre la COVID-19
- Refuse la vaccination contre la COVID-19
- Souhaite des explications complémentaires individuelles par un médecin

Le /la patient.e ou la personne habilitée à le / la représenter et à consentir aux soins médicaux accepte que le vaccin soit réalisé :

- Dans le cadre d'une campagne de vaccination concertée entre le médecin répondant de l'EMS et le médecin traitant
- Uniquement par le médecin-traitant

CONSENTEMENT / REFUS OBTENU AUPRES DE :

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Patient.e | <input type="checkbox"/> Personne habilitée à représenter le / la patient.e incapable de discernement et à consentir aux soins médicaux |
|------------------------------------|---|

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT								
Nom du professionnel :								
PROFESSION								
<input type="checkbox"/> Médecin		<input type="checkbox"/> Pharmacien		<input type="checkbox"/> Infirmier.ère				
Lieu :	Date :	Jour	Mois	Année	Signature du professionnel :			
CONSENTEMENT TELEPHONIQUE (Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)								
Nom du témoin :					Date :	Jour	Mois	Année
Signature du professionnel qui obtient le consentement téléphonique :					Date :	Jour	Mois	Année

Notes :
