

Hépatite B

Date:

Numéro de dossier
(de la plateforme en ligne)

Questionnaire pour la vaccination contre l'hépatite B par le pharmacien

Informations concernant la vaccination contre l'hépatite B

Groupe-cible: Personnes dès 16 ans à risque accru d'exposition et/ou de transmission (p. ex. personnel médical et soignant ainsi que toutes les personnes en contact avec des groupes à risque) ainsi que personnes à risque accru de complication (personnes avec maladie hépatique).
Vaccination de rattrapage pour les adultes (dès l'âge de 16 ans), sans limite d'âge, sauf en l'absence de risque d'exposition (trois doses à 0, 1 et 6 mois).

A Coordonnées du client

Nom: Prénom:

Date de naissance: Numéro de client:

Adresse:

NPA: Lieu:

Numéro de téléphone (facultatif): E-mail (facultatif):

B Anamnèse → veuillez respecter les prescriptions cantonales

Critères d'exclusion temporaire

Si «oui» → reporter la vaccination

OUI NON

Vous sentez-vous mal? OUI NON

Avez-vous eu de la fièvre ces dernières 48 heures? OUI NON

Critères d'exclusion

S'il est répondu par «oui» à au moins une question munie d'une «★» → risque vaccinal particulier (consultation médicale recommandée; **ZH**: Référer à un médecin)

OUI NON

Est-ce que vous êtes allergique:
→ à des médicaments? OUI NON

→ à l'un des composants du vaccin?★ OUI NON

Est-ce que vous avez déjà eu par le passé une réaction sérieuse pendant ou après une vaccination?★ OUI NON

Est-ce que vous êtes enceinte?★ OUI NON

Est-ce que vous souffrez de déficience immunitaire ou d'une maladie immunitaire?★ OUI NON

Est-ce que vous avez un risque accru de saignement (p. ex. héréditaire)?★ OUI NON

Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments? OUI NON

Est-ce que vous prenez régulièrement:

→ un médicament anticoagulant (sauf l'aspirine)?★ OUI NON

→ de la cortisone (≥20 mg/j, resp. prednisone ou équivalent)?★ OUI NON

→ un médicament qui inhibe les défenses immunitaires?★ OUI NON

→ d'autres médicaments, lesquels?

	OUI	NON
Est-ce que vous êtes actuellement sous contrôle médical régulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous déjà évanoui/e lors d'une vaccination ou d'un prélèvement sanguin ou avez-vous eu des nausées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prescription médicale	OUI	NON
Ordonnance disponible pour la vaccination ? (p. ex. en cas de risque vaccinal particulier ou pour les cantons qui autorisent uniquement la vaccination sur ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies sous-jacentes	OUI	NON
Veuillez respecter les prescriptions cantonales; informations facultatives		
Est-ce que vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Trouble de la fonction thyroïdienne <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire <input type="checkbox"/> Maladie gastro-intestinale <input type="checkbox"/> Maladie des poumons (p. ex. asthme, BPCO) <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme (p. ex. diabète, hyperlipidémie) <input type="checkbox"/> Maladie du système nerveux central <input type="checkbox"/> Autre maladie, à savoir :		

 Vaccin contre l'hépatite B	OUI	NON
---	-----	-----

Est-ce que vous avez déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B par le passé ? (Schéma de vaccination dès l'âge de 16 ans: trois doses à 0, 1 et 6 mois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Quelle est la dose à administrer aujourd'hui ?

1^{re} dose

2^e dose (au minimum un mois après la première vaccination)

3^e dose (au minimum six mois après la première vaccination)

Informations complémentaires concernant la vaccination contre l'hépatite B
Informations facultatives

Est-ce que la dernière vaccination contre l'hépatite B a été effectuée

- à la pharmacie ?
- chez votre médecin de famille ?
- à l'hôpital ?
- autre ?

La prestation de la vaccination en pharmacie vous a-t-elle spécifiquement motivé à vous faire vacciner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Avez-vous un médecin de famille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Remarques :

.....

.....

D Informations concernant les effets indésirables et accord du client

Fréquents sont réactions locales (rougeur, douleur, tuméfaction) au site d'injection. Plus rares sont céphalées, fatigue ou fièvre. Ces réactions disparaissent après 1 à 3 jours. Les réactions allergiques sévères à un composant du vaccin sont extrêmement rares (1 à 2 cas pour 1 million de doses de vaccin).

Si vous souffrez de symptômes qui vous préoccupent, veuillez nous en informer immédiatement ou en informer un médecin.

Les personnes qui peuvent entrer en contact avec du sang de tiers (p. ex. membres de professions médicales) ont été informées qu'elles devraient prendre rendez-vous chez un médecin dans les quatre semaines pour faire déterminer leur taux d'anticorps (hépatite B).

J'ai pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus et je confirme avoir été informé également du prix de la vaccination. Toutes les questions que j'avais ont été abordées au préalable avec le pharmacien/ médecin. Je n'ai aucune autre question. Par ma signature, j'accepte d'être vacciné.

J'accepte que mes données soient traitées de façon anonyme à des fins statistiques.

Par ma signature, j'atteste que toutes les données saisies dans le questionnaire sont complètes et véridiques.

Lieu/date: Signature du client:

E Données concernant l'acte de vaccination

Vaccination administrée

- Saisie dans le dossier électronique de vaccination, y compris numéro de lot du vaccin
- Saisie dans le carnet de vaccination, y compris numéro de lot du vaccin

Nom du vaccin: Numéro de lot du vaccin:

Remarques concernant la vaccination:

Vaccination non administrée pour la raison suivante

- Sensation de malaise du client
- Risque vaccinal particulier (voir point B)
- Renonciation du client
- Pathologie sous-jacente/prise de médicaments
- Vaccination non indiquée pour ce client (groupe-cible)

Vaccination reportée

Client adressé au médecin

Remplir le questionnaire a pris environ: minutes

Lieu/date: Signature du pharmacien responsable:

Effet indésirable après la vaccination (réaction immédiate ou feed-back du client)

Réaction locale

Réaction systémique:

- nécessitant un contact avec les urgences
- accident post-vaccinal annoncé (Pharmacovigilance, EIViS)

Description (suivi inclus):

Date du feed-back:

Ce document doit être conservé pendant 10 ans au minimum ou conformément aux prescriptions cantonales.