

Diphtérie/Tétanos/ Coqueluche/Poliomyélite

Date:

Numéro de dossier
(de la plateforme en ligne)

Questionnaire pour la vaccination dTpa-IPV par le pharmacien

Informations concernant la vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et/ou la poliomyélite (dT, dTpa ou dTpa-IPV)

Groupe-cible: Personnes dès l'âge de 16 ans comme vaccination de rattrapage ou de rappel.
Comme vaccination de rappel dTpa pour tous les jeunes adultes entre 25–29 ans. Egalement recommandée pour les personnes qui – pour motif professionnel ou familial – sont en contact régulier avec des nourrissons de <6 mois. Par la suite comme vaccination de rappel dT tous les 20 ans jusqu'à 65 ans puis tous les 10 ans dès l'âge de 65 ans.
La vaccination de base contre la poliomyélite nécessite 3 à 5 doses en fonction de l'âge au moment de la vaccination. Une vaccination de rappel comprenant la poliomyélite (-IPV) est recommandée tous les 10 ans pour les voyageurs dans les zones à risque (voir la liste OMS).

Vaccination: Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite offrent une protection efficace (de plus de 95 % contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, et de 85 % contre la coqueluche).

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 ?

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

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 ?

→ à l'un des composants du vaccin ?★

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

Est-ce que vous êtes enceinte ?★

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

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

Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments ?

Est-ce que vous prenez régulièrement :

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

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

→ un médicament qui inhibe les défenses immunitaires ?★

→ 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"/>

	OUI	NON
Prescription médicale		
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"/>

	OUI	NON
Pathologies sous-jacentes		
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 :		
Est-ce que vous prenez régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
 Vaccin dTpa-IPV		
La vaccination de base (dTpa-IPV) a-t-elle été entièrement effectuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui		
... et si un rappel dTpa (avec coqueluche) n'a pas encore eu lieu		
<input type="checkbox"/> En règle générale une unique dose de rappel dTpa (avec coqueluche) à l'âge de 25 – 29 ans. Egalement recommandé pour toute personne dès 16 ans en contact fréquent avec des nourrissons dans le cadre de ses activités professionnelles ou privées.		
... et si un rappel dTpa (avec coqueluche) a déjà eu lieu		
<input type="checkbox"/> Rappel dT tous les 20 ans jusqu'à l'âge de 65 ans (en règle générale à 45 et 65 ans)		
<input type="checkbox"/> A partir de 65 ans : rappel dT tous les 10 ans		
Si non		
<input type="checkbox"/> Vaccination de rattrapage dT(pa) selon le plan vaccination Si la personne n'est pas vaccinée : 3 doses à 0, 2 et 8 mois, la première avec coqueluche (dTpa), les deux suivantes sans coqueluche (dT). Ensuite vaccinations de rappel		
Vaccination en cas de blessure		
<input type="checkbox"/> En cas de blessure, vaccination dT(pa) selon le plan de vaccination		
Polio : La vaccination de base contre la poliomyélite a-t-elle été entièrement effectuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui		
<input type="checkbox"/> Vaccination de rappel (en cas d'exposition, comme pour dT(pa)-IPV selon plan vaccination)		
Si non		
<input type="checkbox"/> Vaccination de rattrapage, éventuellement combinée avec dT(pa)		

Informations complémentaires concernant la vaccination dTpa-IPV
Informations facultatives

OUI **NON**

Est-ce que la dernière vaccination dTpa-IPV 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 ?

Avez-vous un médecin de famille ?

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D Informations concernant les effets indésirables et accord du client

- La vaccination peut provoquer dans les premiers jours qui suivent une réaction locale (rougeur, tuméfaction, douleur au site d'injection) ou une réaction plus générale (fatigue, maux de tête, très rarement fièvre). Ces réactions sont généralement bénignes et transitoires.
- Des réactions plus sévères (p.ex. un choc anaphylactique) sont extrêmement rares.
- Une enflure étendue peut parfois survenir au site d'injection 48 à 72 heures après la vaccination contre la diphtérie et le tétanos lorsque la personne vaccinée a reçu un nombre de doses de vaccin supérieur à celui recommandé ou bien y a répondu très fortement. Cette réaction est provoquée par une stimulation intense du système immunitaire. Bien qu'elle soit désagréable mais ne présente aucun danger; elle s'atténue en l'espace de quelques jours.

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

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: Étiquette du vaccin

Remarques concernant la vaccination:

Vaccination non administrée pour la raison suivante

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

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 contact avec les urgences
- accident post-vaccinal annoncé (Pharmacovigilance, ELViS)

Description (suivi inclus):

Date du feed-back:

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