

# FSME

## Questionnaire pour la vaccination FSME par le pharmacien

Date: .....

Numéro de dossier  
(de la plateforme en ligne)

### Informations concernant la vaccination FSME

La vaccination contre la méningo-encéphalite verno-estivale (FSME) est recommandée pour les personnes dès 16 ans à risque d'exposition qui habitent ou qui séjournent temporairement dans une zone à risque (tous les cantons sauf Genève et le Tessin).

La vaccination FSME offre une protection de 95 % au minimum. Ceci nécessite au début trois doses de vaccin, puis en règle générale une vaccination de rappel tous les dix ans.

### 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 ?



#### Vaccination après une piqûre de tiques

La vaccination (première dose ou doses suivantes) après une piqûre de tique, est officiellement recommandée par les experts d'Infovac. L'objectif est de permettre à la personne d'être vaccinée le plus rapidement possible. Veuillez prendre note des conseils suivants et informer votre client :

- la vaccination ne protège pas contre l'infection par la piqûre de tique précédente (pas de prophylaxie post-exposition),
- une encéphalite à tiques ne peut être causée par le vaccin contre la FSME (vaccin inactivé). La période d'incubation de la FSME est de 7 à 14 jours.
- La vaccination en cas d'infection après une morsure de tique n'a pas d'influence positive ou négative confirmée sur l'évolution de la maladie.

### 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 :

→ aux œufs ?★



→ 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 ? .....

Est-ce que vous êtes actuellement sous contrôle médical régulier ?



Vous êtes-vous déjà évanoui/e lors d'une vaccination ou d'un prélèvement sanguin ou avez-vous eu des nausées ?



### 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)

### Pathologies sous-jacentes

Veuillez respecter les prescriptions cantonales; informations facultatives

OUI NON

Est-ce que vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique ?



Si oui, laquelle ?

Hypertension

Trouble de la fonction thyroïdienne

Maladie cardiovasculaire

Maladie gastro-intestinale

Maladie des poumons

Maladie inflammatoire

(p.ex. asthme, BPCO)

Maladie du système nerveux central

Troubles du métabolisme (p.ex. diabète, hyperlipidémie)

Autre maladie, à savoir: .....

**C Vaccin FSME**

**OUI NON**

Est-ce que vous avez déjà reçu le vaccin FSME par le passé ?

**Immunisation de base**

Début de l'immunisation au cours de la saison froide → schéma classique de vaccination

Début de l'immunisation au cours de la saison chaude → schéma accéléré de vaccination

**Schéma classique de vaccination**

- 1<sup>re</sup> dose
- 2<sup>e</sup> dose, 1 à 3 mois (Encepur® et FSME-Immun CC®) après la première vaccination
- 3<sup>e</sup> dose, suivant le vaccin utilisé au minimum 5–12 mois (FSME-Immun CC®) ou 9–12 mois (Encepur®) après la 2<sup>e</sup> dose

**Commentaire :**

Les vaccins sont interchangeable à tout moment. Dans ce cas, il faut tenir compte des intervalles respectifs entre les vaccinations.

**Schéma accéléré de vaccination (selon les indications des fabricants)**

**Encepur®**

- 1<sup>re</sup> dose
- 2<sup>e</sup> dose, le jour 7 après la première dose
- 3<sup>e</sup> dose, le jour 21 après la première dose
- 4<sup>e</sup> dose, 12–18 mois après la troisième dose (première vaccination de rappel)

Puis vaccinations de rappel tous les 10 ans.

**FSME-Immun CC® / Encepur®\***

- 1<sup>re</sup> dose
- 2<sup>e</sup> dose, 14 jours après la première dose
- 3<sup>e</sup> dose, 5–12 / 9–12\* mois après la deuxième dose

Puis vaccinations de rappel tous les 10 ans.

**Vaccination de rappel**

- Vaccinations de rappel tous les 10 ans après immunisation de base complète

**Commentaire :** les vaccins sont interchangeable à tout moment.

**Informations complémentaires concernant la vaccination FSME**

**OUI NON**

**Informations facultatives**

Est-ce que la dernière vaccination contre la FSME 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**

- Les réactions au site d'injection (douleur, rougeur, prurit) sont fréquentes et disparaissent généralement après deux jours.
- Les réactions systémiques (fièvre, douleurs musculaires, sensation de malaise, maux de tête) sont observées chez environ 5 % des personnes vaccinées; elles durent rarement plus de deux jours.
- Les effets indésirables sévères (urticaire, œdèmes, asthme, état de choc, troubles neurologiques, etc.) sont extrêmement rares.

**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:

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 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.