Société Suisse
des Pharmaciens
pharmaSuisse

Hépatite A/B

Formulaire d'information et de triage pour la vaccination

1. Groupes cibles de la vaccination

La **vaccination contre l'hépatite A** est recommandée dès l'âge d'un an dans des **situations particulières.** Elle comprend 2 doses, à intervalle de 6 mois (3 doses dès l'âge de 16 ans avec le vaccin combiné). La **vaccination contre l'hépatite B** est recommandée comme vaccination de base **à tous les nourrissons** et adolescents (11-15 ans) non-vaccinés. Elle est aussi recommandée **à tout âge en cas de risque d'exposition**. Le schéma comporte 3 doses aux temps 0, 1 et 6 mois peu importe le vaccin utilisé (monovalent ou combiné).

Les **situations à risque d'exposition et/ou de complications** aux hépatites A/B se recoupent *(voir les détails dans le plan de vaccination suisse)*. C'est pourquoi la vaccination combinée (hép. A + B) devrait être envisagée à chaque fois que l'une des deux est indiquée. Le vaccin combiné et les vaccinations réalisées en cas de voyages ou pour des raisons professionnelles ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Personnes à risque accru de complications ou d'exposition	**Hépatite A**	**Hépatite B**
Personnes souffrant de maladie hépatique chronique	✓	✓
Personnes souffrant d'immunodéficience/sous immunosuppresseur	✓	✓
Lors de voyages en zone endémique	✓	✓
Personnes en contacts étroits/fréquents avec la population locale ou les personnes en provenance des pays à forte endémicité	✓	✓
Personnes hémophiles ou dialysées		✓
Enfants originaires de pays endémiques vivant en Suisse et retournant temporairement dans leur pays d'origine	✓	✓
Consommateurs de drogues	✓	✓
Personnes en contact professionnel étroit/fréquent avec des usagers de drogues	✓	✓
Personnes changeant régulièrement de partenaires sexuels		✓
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	✓	✓
Travailleurs des canalisations et des stations d'épuration	✓	
Personnel de laboratoires travaillant avec le virus de l'hépatite A	✓	
Personnel médical, soignant ou de laboratoires d'analyses médicales		✓
Travailleurs sociaux et personnel des institutions pour handicapés mentaux		✓
Personnel des prisons et les personnes incarcérées.		✓

▶ **En cas de voyage**, la personne est conseillée de manière appropriée sur les risques et le comportement à adopter avant/pendant/après le voyage (*voir les informations détaillées sur le site healthytravel.ch*).

2. Coordonnées de la patiente / du patient (évtl. coller l'étiquette patient)

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

NPA, Lieu : _____

Numéro de tél. (facultatif) : _____

E-mail (facultatif) : _____

Numéro de patient (facultatif) : _____

Ce document doit être conservé pendant **20 ans** ou conformément aux prescriptions cantonales.

© Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse 07/2025

3. Anamnèse

☐ La personne a été exposée au virus de l'**hépatite A** il y a moins d'une semaine.
Orienter la personne concernée vers un médecin (une vaccination en prévention secondaire dans les 7 jours après exposition est possible sous avis médical).

☐ La personne a été exposée au risque d'**hépatite B** en raison d'un contact accidentel avec du sang ou des liquides biologiques par voie cutanée, percutanée ou muqueuse : **Urgence médicale !**

Critères d'exclusion

Si au moins une réponse est « **oui** » ▶ **consultation médicale nécessaire**	Oui	Non
Avez-vous moins de 16 ans ?	○	○
Souffrez-vous d'une allergie aux protéines d'œuf ? Consultation médicale nécessaire seulement si le vaccin contient des traces d'œuf (exemple : ovalbumine).	○	○
Est-ce que vous avez déjà eu une réaction grave pendant/après une vaccination ?	○	○
Est-ce que vous êtes enceinte ou est-ce probable que vous le soyez ? L'administration d'un vaccin vivant chez la femme enceinte est contre-indiquée.	○	○
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 : - un médicament à base de cortisone (≥20 mg/j, resp. prednisone ou équivalent) ? - un médicament qui inhibe les défenses immunitaires ?	○	○

Si au moins une réponse est « **oui** » ▶ **reporter la vaccination**	Oui	Non
Vous sentez-vous mal ?	○	○
Avez-vous eu de la fièvre ces dernières 48 heures ?	○	○

Autre risque vaccinal

▶ **Veuillez vous limiter aux prescriptions cantonales**

Si au moins une réponse est « **oui** » ▶ **demander un avis médical si nécessaire ***	Oui	Non
Avez-vous une opération planifiée ces prochains jours ?	○	○
Prenez-vous régulièrement des médicaments anticoagulants (sauf Aspirine / acide acétylsalicylique) ? Si « oui » : Injection lente i.m. avec une aiguille longue et fine (25G), ne pas aspirer avant l'injection, compression d'au moins 2 min sans frotter. Informer le/la patient(e) de l'apparition possible d'un hématome.	○	○
Est-ce que vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique ?	○	○
Prenez-vous régulièrement des médicaments ?	○	○
Avez-vous une ou plusieurs allergies ? En cas d'allergie sévère à un composant/matériau du vaccin, la vaccination est contre-indiquée.	○	○

***Si une ou plusieurs de ces réponses sont « oui », veuillez préciser dans les remarques et indiquer si une ordonnance médicale est disponible.**

Remarques

Ce document doit être conservé pendant **20 ans** ou conformément aux prescriptions cantonales.

© Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse 07/2025

4. Vaccination contre l'hépatite A/B

Administrer par voie intramusculaire. Pour plus de détails, consulter le plan de vaccination suisse en vigueur.

Schéma de vaccination (valable à partir de l'âge de 16 ans)

☐ **hép. A+B vaccin combiné**	☐ **hép. A vaccin monovalent**	☐ **hép. B vaccin monovalent**
☐ 1ère dose ☐ 2ème dose (1 mois après la 1ère) ☐ 3ème dose (5 mois après la 2ème)	☐ 1ère dose ☐ 2ème dose (6 mois après la 1ère)	☐ 1ère dose ☐ 2ème dose (1 mois après la 1ère) ☐ 3ème dose (5 mois après la 2ème)

5. Informations concernant les effets indésirables et accord de la patiente / du patient

Très fréquent ≥1/10	Réactions au site d'injection : douleurs et rougeurs. Symptômes systémiques : céphalées, fatigue, irritabilité.
Fréquent ≥1/100	Réactions au site d'injection : gonflement et induration. Symptômes pseudo-grippaux : somnolence, malaise, fièvre, troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhées), perte d'appétit.
Occasionnel ≥1/1000	Symptômes pseudo-grippaux : vertiges, myalgies, raideur de l'appareil locomoteur, autres troubles gastro-intestinaux (diarrhée, douleurs abdominales), infections respiratoires supérieures, rhinite.
Rare ≥1/10 000	Autres symptômes pseudo-grippaux : Lymphadénopathie (gonflement des ganglions), arthralgie, frissons. Hypotension, paresthésie (troubles de la sensibilité). Éruptions cutanées, prurit, urticaire.

Les réactions allergiques graves après la vaccination (anaphylaxie post-vaccinale) sont extrêmement rares.
De nombreuses études ont montré que la vaccination contre l'hépatite B n'augmente pas le risque de maladie auto-immune.

La fréquence de certains effets indésirables peut légèrement varier selon les vaccins. De manière générale, les symptômes sont légers à modérés et **disparaissent spontanément après 1 à 3 jours**.

▶ **Si vous souffrez de symptômes préoccupants, veuillez en informer immédiatement votre pharmacie ou votre médecin.**

Espace à remplir par la patiente / le patient :

- ☐ J'ai pris connaissance des informations mentionnées ci-dessus et je confirme avoir été suffisamment informé. Toutes mes questions ont été abordées au préalable avec le pharmacien/médecin. Je n'ai aucune autre question.
- ☐ Par ma signature, j'atteste que toutes les données saisies dans le questionnaire sont complètes et véridiques, et j'accepte d'être vacciné(e).

Lieu/date : **Signature :**

Ce document doit être conservé pendant **20 ans** ou conformément aux prescriptions cantonales.

© Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse 07/2025

Société Suisse
des Pharmaciens
pharmaSuisse

6. Données concernant l'acte de vaccination

☐ Vaccin administré

Nom du vaccin : _____ n° lot : _____

☐ Administration intra-musculaire dans le muscle deltoïde (haut du bras)

- Autre, veuillez préciser : _____

☐ Saisie dans le carnet de vaccination
Date de l'injection, maladie à éviter par la vaccination, nom et numéro de lot du vaccin, tampon de la pharmacie et signature.

Date pour la prochaine dose de vaccin (si nécessaire) : _____

☐ Vaccin non administré, veuillez préciser :

Lieu/date : _____

Signature pharmacienne/pharmacien : _____

Tampon pharmacie : _____

7. Effet indésirable après la vaccination (réaction immédiate ou feedback de la personne vaccinée)

☐ Réaction locale
☐ Réaction systémique
☐ Nécessite un contact avec les urgences
☐ Accident post-vaccinal annoncé (Pharmacovigilance, ElViS) Date : _____

Description (suivi inclus) :

Date du feedback de la personne vaccinée : _____

Pharmacien/Pharmacienne : _____

Ce document doit être conservé pendant **20 ans** ou conformément aux prescriptions cantonales.

© Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse 07/2025