

# Hépatite A+B

Date: .....

Numéro de dossier  
(de la plateforme en ligne)

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

### Informations concernant la vaccination contre l'hépatite A+B

- Groupe-cible: personnes dès 16 ans à risque accru d'exposition, de complication et/ou de transmission qui présentent une indication à la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B.
- Hépatite A: p.ex. personnes dès 16 ans en contact avec des groupes à risque ou voyageurs à destination de pays de moyenne/haute endémicité.
- Hépatite B: p.ex. personnel médical et soignant, ainsi que toutes les personnes en contact avec des groupes à risque. 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?

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"/>

<b>Prescription médicale</b>	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"/>

<b>Pathologies sous-jacentes</b>	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"/> Autre maladie, à savoir: .....		

<b>C Vaccin contre l'hépatite A+B</b>	OUI	NON
Est-ce que vous avez déjà reçu le vaccin contre l'hépatite A+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<sup>re</sup> dose  
 2<sup>e</sup> dose (au minimum un mois après la première vaccination)  
 3<sup>e</sup> dose (au minimum six mois après la première vaccination)

**Informations complémentaires concernant la vaccination contre l'hépatite A+B**  
**Informations facultatives**

Est-ce que la dernière vaccination contre l'hépatite A+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 ?  OUI  NON

Avez-vous un médecin de famille ?  OUI  NON

Remarques :

.....

.....

.....

## D Informations concernant les effets indésirables et accord du client

Fréquent: réactions locales (rougeur, douleur, tuméfaction) au site d'injection. Plus rarement: céphalées, fatigue ou fièvre. Des symptômes gastro-intestinaux tels que diarrhée, nausées et vomissements peuvent aussi se manifester.

**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
- 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.