

RAPPORT D'INCIDENT ASSOCIÉ TEMPORELLEMENT À L'ADMINISTRATION DE VACCINS

Protégé une fois rempli

IDENTIFICATION DU CLIENT										
CODE D'IDENTIFICATION DU PATIENT	PROVINCE/TERRITOIRE	DATE DE NAISSANCE	ANNÉE	MOIS	JOUR	SEXE	DATE DE VACCINATION	ANNÉE	MOIS	JOUR
						<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme				

VACCINS						
VACCIN(S) ADMINISTRÉ(S)	# DOSE	SITE D'ADMINISTRATION	VOIE D'ADMINISTRATION	QUANTITÉ ADMINISTRÉE	FABRICANT	NUMÉRO DE LOT

INCIDENT(S) Ne pas signaler les incidents qui peuvent être attribuables à une infection concomitante. Les incidents marqués d'un astérisque (*) doivent être diagnostiqués par un médecin. Tout autre renseignement concernant l'incident rapporté, y compris la durée, peut être fourni dans la case RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES au verso. S.V.P. inscrire l'intervalle entre l'administration du vaccin et l'apparition de chaque incident en minutes, heures ou jours.

REACTION LOCALE AU SITE D'ADMINISTRATION		MIN	HEURES	JOURS
<input type="checkbox"/> ABCÈS INFECTÉ (Cocher l'un des éléments ci-dessous ou les deux)				
(i) coloration de gram positive ou culture <input type="checkbox"/>				
(ii) écoulement purulent avec signes d'inflammation <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ABCÈS/NODULE STÉRILE Aucun signe d'infection microbienne aiguë				
<input type="checkbox"/> DOULEUR INTENSE ET/OU OEDÈME IMPORTANT (Cocher l'un des éléments ci-dessous ou les deux)				
(i) qui dure 4 jours ou plus <input type="checkbox"/>				
(ii) qui s'étend au-delà de l'articulation la plus proche <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ÉPISODE DE CRIS OU PLEURS PERSISTANTS Inconsolable pendant 3 heures ou plus; OU type de pleurs vraiment anormal pour l'enfant et jamais observé par les parents				
<input type="checkbox"/> FIÈVRE Température la plus élevée enregistrée (seulement si elle atteint 39,0°C (102,2°F) ou plus)				
Température: _____ °C (ou _____ °F)				
Voie: rectale <input type="checkbox"/> buccale <input type="checkbox"/> axillaire <input type="checkbox"/> cutanée <input type="checkbox"/> tympanique <input type="checkbox"/>				
Température jugée élevée mais non mesurée <input type="checkbox"/> Doit être accompagnée d'autres symptômes généraux				
<input type="checkbox"/> ADÉNOPATHIE (Cocher l'un des éléments ci-dessous ou les deux)				
(i) tuméfaction ganglionnaire <input type="checkbox"/>				
(ii) suppuration lymphatique <input type="checkbox"/>				
Site(s) _____				
<input type="checkbox"/> PAROTIDITE Glande(s) parotide(s) tuméfiée(s) douloureuse(s) ou sensible(s)				
* <input type="checkbox"/> CHOC ANAPHYLACTIQUE Dans les 30 min suivant l'immunisation, associé habituellement à une réaction allergique et évoluant rapidement vers un collapsus cardio-vasculaire. Requiert l'administration d'adrénaline.				
<input type="checkbox"/> RÉACTION ALLERGIQUE (Cocher un ou plusieurs des éléments ci-dessous)				
(i) difficulté respiratoire due à un bronchospasme <input type="checkbox"/>				
(ii) oedème au niveau de la bouche ou de la gorge <input type="checkbox"/>				
(iii) manifestations cutanées: urticaire <input type="checkbox"/> autre (avec prurit) <input type="checkbox"/>				
(iv) oedème du visage ou généralisé <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> ÉRUPTION CUTANÉE (Sans prurit) qui dure 4 jours ou plus ET/OU requiert une hospitalisation généralisée <input type="checkbox"/> localisée (indiquer le site) <input type="checkbox"/>				
Veuller caractériser l'éruption _____				
<input type="checkbox"/> ÉPISODE D'HYPOTONIE-HYPORÉACTIVITÉ (enfants <2 ans, seulement) Présence de toutes les caractéristiques suivantes : i) diminution/perte généralisée du tonus musculaire; ET ii) baisse du niveau de conscience ou perte de conscience. Ne devrait pas être confondu avec un évanouissement, un choc vagal, un état post-convulsif ou une anaphylaxie				

<input type="checkbox"/> ARTHRALGIE/ARTHRITE Douleur ou inflammation articulaire qui dure au moins 24 heures S'il s'agit d'une poussée évolutive d'une maladie préexistante, fournir des détails (au verso) dans la case RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES	MIN	HEURES	JOURS
<input type="checkbox"/> VOMISSEMENTS ET/OU DIARRHÉE SÉVÈRES Doivent être assez sévères pour nuire aux activités quotidiennes	MIN	HEURES	JOURS
<input type="checkbox"/> CONVULSIONS Fébriles <input type="checkbox"/> Afébriles <input type="checkbox"/> Antécédents de : A) Convulsions fébriles Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> B) Convulsions afébriles Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne pas tenir compte des évanouissements, convulsions qui surviennent dans les 30 minutes qui suivent l'immunisation, ni les convulsions qui entrent dans le cadre d'une encéphalopathie ou d'une méningite/encéphalite	MIN	HEURES	JOURS
* <input type="checkbox"/> ENCÉPHALOPATHIE Apparition rapide d'une condition neurologique grave caractérisée par au moins deux des signes suivants : i) convulsions; ii) changement marqué dans le niveau de conscience ou l'état mental (comportement et/ou personnalité) qui dure 24 heures ou plus; iii) signes neurologiques en foyer qui persistent pendant plus de 24 heures	MIN	HEURES	JOURS
* <input type="checkbox"/> MÉNINGITE ET/OU ENCÉPHALITE Résultats anormaux du LCR et installation rapide de : i) fièvre avec raideur de la nuque ou signes d'atteinte méningée; OU ii) signes et symptômes d'encéphalopathie (voir ENCÉPHALOPATHIE ci-dessus) Inscrire les résultats de l'analyse du LCR dans les Renseignements supplémentaires (verso)	MIN	HEURES	JOURS
* <input type="checkbox"/> ANESTHÉSIE/PARESTHÉSIE Qui dure plus de 24 heures Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée (indiquer le site) <input type="checkbox"/>	MIN	HEURES	JOURS
* <input type="checkbox"/> SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ Diminution progressive et subaiguë de la force musculaire de plus d'un membre (habituellement symétrique) avec hyporéflexie/aréflexie	MIN	HEURES	JOURS
* <input type="checkbox"/> PARALYSIE (Ne pas cocher si syndrome de Guillain-Barré déjà coché) Paralysie des membres <input type="checkbox"/> Paralysie faciale ou des nerfs crâniens <input type="checkbox"/>	MIN	HEURES	JOURS
Décrire _____			
* <input type="checkbox"/> THROMBOCYPÉNIE Inscrire les résultats d'analyses dans les Renseignements supplémentaires (verso)	MIN	HEURES	JOURS
<input type="checkbox"/> AUTRES INCIDENTS Inclure tout incident susceptible d'être associé à l'immunisation, qui ne peut être classé dans aucune des catégories énumérées ci-dessus ni être clairement relié à une autre cause Signaler les réactions qui présentent un intérêt clinique mais pour lesquelles il faut consulter un médecin, en particulier les réactions qui sont i) mortelles ii) menacent le pronostic vital, iii) requièrent une hospitalisation, ou iv) entraînent une incapacité permanente	MIN	HEURES	JOURS
DESCRIPTION _____ _____ _____			

NOM DU DÉCLARANT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	ADRESSE (Établissement/n°, rue, etc.)	
PROFESSION: MD <input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/> AUTRE _____		Ville	Province
SIGNATURE	DATE Année Mois Jour		Code Postal

