

- Annexe II -



Health
Canada

Santé
Canada

À CHEMINER A : Division de l'immunisation
L.L.C.M., Prê Tunney, 0603E1
Ottawa, Ontario K1A 0L2
(613) 957-1340 1-800-363-6456 FAX (613) 998-6413

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 <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	DATE DE VACCINATION	ANNÉE	MOIS	JOUR	

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 <input type="checkbox"/> ABCÈS INFECTÉ (Cocher l'un des éléments ci-dessous ou les deux) MIN HEURES JOURS (i) coloration de gram positive ou culture <input type="checkbox"/> (ii) écoulement purulent avec signes d'inflammation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ABCÈS/MODULE STÉRILE MIN HEURES JOURS Aucun signe d'infection microbienne aiguë <input type="checkbox"/> DOULEUR INTENSE ET/OU OEDÈME IMPORTANT MIN HEURES JOURS (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 MIN HEURES JOURS Inconsolable pendant 3 heures ou plus; OU type de pleurs vraiment anormal pour l'enfant et jamais observé par les parents <input type="checkbox"/> FÈVRE MIN HEURES JOURS Température la plus élevée enregistrée (seulement si elle atteint 38,0°C (102,2°F) ou plus) Température: <input type="checkbox"/> °C (ou <input type="checkbox"/> °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 Doit être accompagnée d'autres symptômes généraux <input type="checkbox"/> ADÉNOPATHIE (Cocher l'un des éléments ci-dessous ou les deux) MIN HEURES JOURS (i) tuméfaction ganglionnaire <input type="checkbox"/> (ii) suppuration lymphatique <input type="checkbox"/> Site(s) _____ <input type="checkbox"/> PAROTIDITE MIN HEURES JOURS Glande(s) parotid(e)s tuméfié(e)s douloureuse(s) ou sensible(s) <input type="checkbox"/> CHOC ANAPHYLACTIQUE MIN HEURES JOURS 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"/> REACTION ALLERGIQUE (Cocher un ou plusieurs des éléments ci-dessous) MIN HEURES JOURS (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 MIN HEURES JOURS (Sans prurit) qui dure 4 jours ou plus ET/OU requiert une hospitalisation généralisée <input type="checkbox"/> localisée (indiquer le site) _____ Veuillez caractériser l'éruption _____ <input type="checkbox"/> ÉPISODE D'HYPOTONIE-HYPEROACTIVITÉ (enfants <2 ans, seulement) MIN HEURES JOURS 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-coma ou une anaphylaxie.	<input type="checkbox"/> ARTHRALGIE/ARTHRITE MIN HEURES JOURS 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 <input type="checkbox"/> VOMISSEMENTS ET/OU DIARRHÉE SÉVÈRES MIN HEURES JOURS Doivent être assez sévères pour nuire aux activités quotidiennes <input type="checkbox"/> CONVULSIONS MIN HEURES JOURS Fébriles <input type="checkbox"/> Afébriles <input type="checkbox"/> Antécédents de: A) Convulsions fébriles Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> B) Convulsions afebriles Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne pas tenir compte des évènements, 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 <input type="checkbox"/> ENCÉPHALOPATHIE MIN HEURES JOURS 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 <input type="checkbox"/> MÉNINGITE ET/OU ENCÉPHALITE MIN HEURES JOURS Résultats anormaux du LCR et installation rapide de: i) fièvre avec raidissement de la nuque ou signes d'atteinte méningée; OU ii) signes et symptômes d'encéphalopathie (voir ENCEPHALOPATHIE CI-DESSUS) Inscrire les résultats de l'analyse du LCR dans les Renseignements supplémentaires (verso) <input type="checkbox"/> ANESTHÉSIE/PARESTHÉSIE MIN HEURES JOURS Qui dure plus de 24 heures Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée (indiquer le site) _____ <input type="checkbox"/> SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ MIN HEURES JOURS Diminution progressive et subaiguë de la force musculaire de plus d'un membre (habituellement symétrique) avec hyperreflexie/areflexie <input type="checkbox"/> PARALYSIE (Ne pas cocher si syndrome de Guillain-Barré déjà coché) MIN HEURES JOURS Paralysie des membres <input type="checkbox"/> Paralysie faciale <input type="checkbox"/> des nerfs crâniens <input type="checkbox"/> Décrire _____ <input type="checkbox"/> THROMBOCYPOTÉNIE MIN HEURES JOURS Inscrire les résultats d'analyses dans les Renseignements supplémentaires (verso) <input type="checkbox"/> AUTRES INCIDENTS MIN HEURES JOURS 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 DESCRIPTION _____ _____ _____

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

