

Vaccination COVID-19

Questionnaire de triage pour la vaccination COVID-19 en pharmacie

État : 22 avril 2021

Les questions suivantes permettent de déterminer si la vaccination peut être effectuée en pharmacie, si elle doit être repoussée ou s'il faut consulter un médecin. Les recommandations de vaccination de l'OFSP prévoient une répartition en 5 groupes cibles (par ordre hiérarchique). Les réglementations cantonales peuvent s'en écarter.

Veillez cocher le groupe cible correspondant

- 1. Personnes à haut risque¹ (PHR)
- 2. Travailleurs de la santé en contact avec les patients et les soignants des PHR²
- 3. Les contacts étroits des PHR (membres de la famille)
- 4. Les adultes des communautés à risque accru d'infection et de flambée épidémique
- 5. Tous les autres adultes

A

1. Critères d'exclusion

Si la réponse à l'une ou plusieurs des questions 1 à 5 est OUI, la vaccination contre le COVID-19 **ne peut pas être effectuée à la pharmacie**.

Ces critères vous concernent-ils ?	OUI	NON
1. Vous avez moins de 18 ans (s'applique au vaccin COVID-19 de Moderna®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes enceinte ou vous prévoyez de l'être ³	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous souffrez d'une déficience immunitaire ou prenez des médicaments immunosuppresseurs (ex. : cortisone, chimiothérapie ou thérapie immunosuppressive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous êtes allergique à l'un des composants ⁴ du vaccin (ex : Polyéthylène glycol PEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous avez déjà subi une réaction allergique ou une réaction grave ⁵ suite à une vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la réponse à l'une ou plusieurs des questions 6 à 9 est **OUI**, la vaccination contre le COVID-19 doit être **repoussée**.

Ces critères vous concernent-ils ?	OUI	NON
6. Vous avez actuellement de la fièvre/symptômes de refroidissement (test COVID recommandé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vous avez été testé positif au COVID-19 (PCR/test antigénique) durant les 6 derniers mois ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous êtes actuellement en quarantaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous avez reçu un autre vaccin au cours des 7 derniers jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre risque vaccinal particulier (vaccination possible avec les mesures nécessaires)	OUI	NON
10. Souffrez-vous d'un trouble de la coagulation (ex : déficit en facteurs de coagulation, hémophilie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prenez-vous régulièrement des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Souffrez-vous d'une maladie chronique ou prenez-vous régulièrement des médicaments ? Si oui, lesquels ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Critères supplémentaires demandés par le canton

Ces critères sont-ils demandés ?	OUI	NON
1Canton Berne: Prescription médicale exigée pour les patients à haut risque.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B

3. Données de la cliente/du client (évtl. coller une étiquette)

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	N° passeport/carte d'identité ⁷ :
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre	Rue :
NPA / Lieu :	Numéro de tél. (mobile) :
Caisse-maladie :	N° carte d'assurance : 80756.....

¹ PHR selon l'OFSP : Personnes de plus de 65 ans ; Personnes < 65 ans atteintes de maladies chroniques à haut risque selon classification de l'OFSP [Tableau 2 des recommandations de vaccination pour vaccin à ARNm contre le COVID-19](#)

² Selon l'OFSP : [Vaccination du personnel de santé contre le COVID-19](#)

³ En cas de doute, effectuer un test afin d'exclure une grossesse avant la vaccination

⁴ Composants du vaccin COVID-19 de Moderna® avec un risque d'allergie : polyéthylène glycol (PEG, macrogol), trométhamine (TRIS, trométamol)

⁵ Les personnes présentant des allergies sévères aiguës connues ou une mastocytose systémique ou cutanée doivent être dirigées vers un spécialiste

⁶ 3 mois pour les personnes à haut risque

⁷ Non obligatoire, requis pour un éventuel transfert vers www.mesvaccins.ch

C

4. Effets indésirables possibles et informations supplémentaires

- Réactions locales : Douleurs, gonflement, rougeur au point d'injection, « Bras COVID » pouvant surtout apparaître environ 1 semaine après la première injection avec le vaccin COVID-19 de Moderna®
- Réactions systémiques : Fatigue, maux de tête, douleurs musculaires/articulaires, fièvre, frissons, nausées, vomissements
- Les effets indésirables sévères sont très rares, (ex. paralysie faciale, choc anaphylactique)
- Pour une protection suffisante, deux doses de vaccin sont nécessaires à un intervalle d'environ 4 semaines (sauf pour les personnes testées positives au COVID-19 durant les 6 derniers mois → 1 dose de vaccin suffit / Exception : personnes avec immunodéficience : deux doses de vaccin nécessaires 3 mois après infection)
- Les mesures de protection de l'OFSP (distance sociale, masque, hygiène, etc.) s'appliquent également après la vaccination. Exception : lors de réunions privées entre des personnes pleinement vaccinées (14 jours après la 2^{ème} injection) → Renonciation au masque et à la distance possible.
- Afin de surveiller l'apparition de toute éventuelle réaction allergique rare, vous resterez en observation dans la zone d'attente de la pharmacie pendant 15 minutes après la première injection et pendant 5 minutes après la deuxième injection. En cas de réactions ou de symptômes ultérieurs, veuillez contacter immédiatement votre pharmacien/ne ou votre médecin.
- La vaccination COVID-19 est gratuite pour les personnes qui ont une assurance maladie obligatoire en Suisse (AOS). De même pour les personnes sans AOS domiciliées ou résidant habituellement en Suisse (p.ex.: diplomates, étudiants, rentiers, sans-papiers) et pour les frontaliers qui ne vivent pas en Suisse, si ces derniers sont exposés à un risque d'infection en raison de leur activité professionnelle (ex. : personnel de santé en contact avec des patients à haut risque ou personnel d'encadrement des homes et des EMS).

D

5. Explications et consentement

J'ai lu et compris les informations ci-dessus concernant la vaccination. Je n'ai pas d'autres questions ; elles ont toutes été abordées durant l'entretien avec la personne compétente. Par ma signature, je consens à l'administration des deux injections, l'enregistrement électronique de mes données et leur transmission à l'autorité compétente par la pharmacie.

J'accepte la création d'un dossier électronique sur www.mesvaccins.ch.

Par ma signature, j'atteste que toutes les données saisies dans le questionnaire sont correctes et complètes⁸.

Lieu / date:

Signature de la cliente/du client:

E

6. Informations à contrôler lors de la 1^{ère} injection

Indication validée et risque vaccinal vérifié par un/e pharmacien/ne Initiales pharmacien:
→ En cas de prise d'anticoagulants : injection lente avec aiguille fine (25G), ne pas aspirer avant l'injection, compression de 2 min, informer la personne de l'apparition possible d'un hématome.

Vérification de l'identité de la cliente/du client (ex. : Pièce d'identité)

Vaccination administrée le (date)..... Heure :

COVID-19 Vaccin Moderna Vaccin AstraZeneca COVID-19 N° de lot.

Initiales du collaborateur ayant réalisé la vaccination :

Rendez-vous pour la 2^{ème} injection (entre 4 et 6 semaines pour le vaccin Moderna) Date :

Saisie dans le dossier électronique de vaccination myCOVIDvac / www.mesvaccins.ch

Saisie dans le carnet de vaccination de la cliente/du client

Vaccination non administrée, car :

Malaise/renonciation du client Présence d'un risque vaccinal Transférer vers un médecin Autre :

Effet indésirable après la vaccination

Réaction locale Réaction systémique :

Prise de contact avec les urgences Effet indésirable signalé (EIVIS)

Aucun effet indésirable après la vaccination

Le client peut être libéré après une période d'observation de 15 minutes sans réaction aiguë à la vaccination

Document de vaccination remis

Remarques:

⁸ Le consentement éclairé du client doit être documenté. Selon l'OFSP, une signature n'est pas obligatoire ; le consentement électronique est également possible. PharmaSuisse recommande toutefois une signature manuelle.

Lieu / date : Signature du/de la pharmacien/ne responsable :

F

7. Information à contrôler lors de la 2^{ème} injection

- Vérifier si des effets secondaires ont été observés après la première injection
- Indication validée et risque vaccinal vérifié par un/e pharmacien/ne Initiales pharmacien:
- En cas de prise d'anticoagulants : injection lente avec aiguille fine (25G), ne pas aspirer avant l'injection, compression de 2 min, informer la personne de l'apparition possible d'un hématome.
- Vérification de l'identité de la cliente/du client (ex. : Pièce d'identité)

→ Attention : utiliser le même vaccin que pour la 1^{ère} dose !

Vaccination administrée le (date)..... **Heure** :

COVID-19 Vaccin Moderna Vaccine AstraZeneca COVID-19 N° de lot.

Initiales du collaborateur ayant réalisé la vaccination :

Saisie dans le dossier électronique de vaccination myCOVIDvac / www.mesvaccins.ch

Saisie dans le carnet de vaccination de la cliente/du client

 Vaccination non administrée, car :

Malaise/renonciation du client Présence d'un risque vaccinal Transférer vers un médecin Autre :

 Effet indésirable après la vaccination

Réaction locale Réaction systémique :

Prise de contact avec les urgences Effet indésirable signalé (EIViS)

 Aucun effet indésirable après la vaccination

Le client peut être libéré après une période d'observation de 5 minutes sans réaction aiguë à la vaccination

Document de vaccination remis

Remarques:

Lieu / date : Signature du/de la pharmacien/ne responsable :

Ce document doit être conservé pendant 10 ans au minimum ou conformément aux prescriptions cantonales.