Formulaire de vaccination pour le BCG

DOSSIER : _____
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DDN : _____/_____/_____ SEXE : ☐ M ☐ F
MÈRE : _____
PÈRE : _____
VILLAGE : _____

Adressographe

A. REVUE DE DOSSIER AVANT DE RENCONTRER LE PATIENT

CONTRE-INDICATIONS À LA VACCINATION	Oui	Non
1. Selon le(s) parent(s), y a-t-il, dans la famille biologique immédiate de l'enfant (frères, sœurs, cousin(e)s, neveux, nièces), quelqu'un atteint d'un problème d'immunité qui aurait été acquis à la naissance?	☐	☐
2. Est-ce que la mère biologique est positive au VIH? * Date de la sérologie VIH faite durant la grossesse de l'enfant concerné : aaaa/mm/jj * Si la mère a refusé le test VIH durant la grossesse concernée, est-ce que l'enfant est positif au VIH? Si non connu, effectuer la sérologie VIH chez la mère ou l'enfant et attendre le résultat	☐	☐
3. Selon le(s) parent(s), l'enfant présente-t-il un problème du système immunitaire, hérité de ses parents biologiques?	☐	☐
4. Est-ce que l'enfant a un résultat de TCT antérieur significatif? * * Pour connaître la définition d'un TCT significatif, référez-vous à l'*Algorithme décisionnel – Vaccination avec le BCG*	☐	☐
5. Est-ce que l'enfant a reçu un résultat positif au test du DICS? Date du test : Résultat :	☐	☐
PRÉCAUTION PARTICULIÈRE	**Oui**	**Non**
6. Pour l'enfant âgé de moins de 6 mois, est-ce que la mère a pris des agents biologiques au cours de la grossesse tels des inhibiteurs du TNFα (en cas de doute, consultez le pharmacien)?	☐	☐

Si vous avez répondu **OUI à l'une des questions 1,2,3,4 ou 5**, référez-vous au MD traitant pour évaluation complémentaire PRN. Si contre-indication confirmée, consigner au dossier et au registre de vaccination.
Si vous avez répondu **OUI à la question 6**, référez-vous au MD traitant.

EXPOSITION OU FACTEURS DE RISQUE D'EXPOSITION À LA TUBERCULOSE	Oui	Non
7. Est-ce que l'enfant prend actuellement une médication antituberculeuse?	☐	☐
8. Est-ce que l'enfant fait actuellement l'objet d'une enquête ou est identifié comme un contact d'un cas TB active?	☐	☐

Si vous avez répondu **OUI à l'une des questions 7 ou 8**, référez-vous à l'infirmier(ère) en charge des suivis TB.

INDICATION D'UN TCT PRÉ-VACCINAL	Oui	Non
9. Est-ce que le nourrisson âgé de ≥ 2 mois et < 6 mois demeure dans l'une des communautés ciblées par la santé publique? * * Pour connaître la liste des communautés ciblées par la santé publique, référez-vous à l'*Algorithme décisionnel – Vaccination avec le BCG*	☐	☐
10. Est-ce que le nourrisson est âgé de ≥ 6 mois à < 24 mois?	☐	☐
11. Selon l'*Algorithme décisionnel – Vaccination avec le BCG*, est-ce qu'un TCT pré-vaccinal est indiqué?	☐	☐

Si vous avez répondu **OUI à l'une des questions 9 ou 10**, référez-vous à l'*Algorithme décisionnel – Vaccination avec le BCG*, disponible dans la Boîte à outils Vaccination pour les recommandations spécifiques transmises par la DSPu.
Si vous avez répondu **OUI à la question 11**, complétez la section « TCT » du présent formulaire.

Nom de la sage-femme ou infirmier(ère) : _____ N° permis : _____
Signature de la sage-femme ou infirmier(ère) : _____

Formulaire de vaccination pour le BCG

DOSSIER : _____
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DDN : _____/_____/_____ SEXE : ☐ M ☐ F
MÈRE : _____
PÈRE : _____
VILLAGE : _____

Adressographe

B. À COMPLÉTER EN PRÉSENCE DU PATIENT

TCT
Le parent ou le représentant légal de l'enfant : ☐ Consent au TCT ☐ Refuse le TCT Raison du refus, s'il y a lieu : _____
TCT réalisé le : aaaa/mm/jj Heure : _____ No de lot : _____ Site : _____ Nom infirmière: _____ Lecture du TCT le : aaaa/mm/jj Heure : _____ Résultat TCT : _____ mm Nom infirmière: _____ Interprétation du résultat : ☐ Significatif ☐ Non-significatif ☐ Consigné au registre de vaccination (SI-PMI) ☐ Consigné au carnet vaccinal

ÉVALUATION PRÉ-VACCINALE	Oui	Non
12. Est-ce que l'enfant présente actuellement une maladie aiguë modérée ou grave avec ou sans fièvre?	☐	☐
13. Est-ce que l'enfant présente actuellement une affection cutanée étendue?	☐	☐
14. L'enfant a-t-il déjà eu une réaction importante ou allergique de type anaphylactique suivant l'administration d'un vaccin?	☐	☐
15. Est-ce que l'enfant a reçu un vaccin vivant, excluant le vaccin oral contre le rotavirus, dans les 4 dernières semaines?	☐	☐

Si vous avez répondu **OUI à l'une des questions 12,13. 14 ou 15**, référez-vous au PIQ ou consultez l'infirmière responsable en immunisation au CSI/CSTU ou à la DSPu pour déterminer si le vaccin peut être offert ou non.

CONSENTEMENT À LA VACCINATION
Est-ce que la vaccination est : ☐ Indiquée ☐ Contre-indiquée Si elle est contre-indiquée, inscrire le numéro de la question correspondant à la contre-indication:
Le parent ou le représentant légal de l'enfant: ☐ Consent à la vaccination de l'enfant avec le BCG ☐ Refuse la vaccination de l'enfant avec le BCG Raison du refus, s'il y a lieu:_____ Consentement/refus obtenu de : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur Raison du report de la vaccination, s'il y a lieu: _____ Nouvelle date de vaccination, si connue : aaaa/mm/jj

DÉTAILS DU VACCIN ADMINISTRÉ

Date et heure	Âge de l'enfant	Nom du vaccin	N° lot	Date d'exp.	Dose	Site
aaaa/mm/jj hh : mm		☐ BCG - Japan		aaaa/mm/jj	☐ 0,05 ml ID (âgé < 12 mois) ☐ 0,1 ml ID (âgé ≥ 12 mois)	☐ Bras gauche ☐ Bras droit

☐ Consigné au registre de vaccination (SI-PMI) ☐ Consigné au carnet vaccinal

Nom du vaccinateur : _____ N° permis : _____
Lieu de vaccination (LDS) : _____ Signature du vaccinateur : _____