

# Hépatite A

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

Date: .....

Numéro de dossier  
(de la plateforme en ligne)

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

Groupe-cible: Personnes dès 16 ans à risque accru d'exposition et/ou de transmission (p. ex. personnes en contact avec des groupes à risque ou voyageurs à destination de pays de moyenne/haute endémicité) ainsi que personnes à risque accru de complication (personnes avec maladie hépatique).

**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 ( $\geq 20$  mg/j, resp. prednisone ou équivalent)?\*

 

→ un médicament qui inhibe les défenses immunitaires?\*

 

→ d'autres médicaments, lesquels? .....

Est-ce que vous êtes actuellement sous contrôle médical régulier ?  
Vous êtes-vous déjà évanoui/e lors d'une vaccination ou d'un prélèvement sanguin ou avez-vous eu des nausées ?

OUI  NON

### Prescription médicale

Ordonnance disponible pour la vaccination ?  
(p. ex. en cas de risque vaccinal particulier ou pour les cantons qui autorisent uniquement la vaccination sur ordonnance)

OUI  NON

### Pathologies sous-jacentes

Veuillez respecter les prescriptions cantonales; informations facultatives

OUI  NON

Est-ce que vous souffrez d'une affection ou d'une maladie chronique ?  
Si oui, laquelle ?

- |   |  |
|---|--|
| <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<br>(p. ex. asthme, BPCO)             | <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire               |
| <input type="checkbox"/> Troubles du métabolisme (p. ex. diabète, hyperlipidémie) | <input type="checkbox"/> Maladie du système nerveux central  |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie, à savoir: .....                           |  |



### Vaccin contre l'hépatite A

OUI  NON

Est-ce que vous avez déjà reçu le vaccin contre l'hépatite A par le passé ?  
(Schéma de vaccination: deux doses à six mois d'intervalle)

Quelle est la dose à administrer aujourd'hui ?

- 1<sup>re</sup> dose
- 2<sup>e</sup> dose (au minimum six mois après la première vaccination)

### Informations complémentaires concernant la vaccination contre l'hépatite A

#### Informations facultatives

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

Avez-vous un médecin de famille ?

Remarques :

---



---



---

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

Fréquents sont réactions locales (rougeur, douleur, tuméfaction) au site d'injection. Plus rarement sont céphalées, fatigue ou fièvre. Des symptômes gastro-intestinaux tels que diarrhée, nausées et vomissements peuvent aussi se manifester. Il est très rare d'observer des complications après une vaccination contre l'hépatite A.

**Si vous souffrez de symptômes qui vous préoccupent, veuillez nous en informer immédiatement ou en informer un médecin.**

- **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: ..... Etiquette du vaccin

Remarques concernant la vaccination: .....

### Vaccination non administrée pour la raison suivante

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sensation de malaise du client               | <input type="checkbox"/> Risque vaccinal particulier (voir point B)             | <input type="checkbox"/> Renonciation du client |
| <input type="checkbox"/> Pathologie sous-jacente/prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Vaccination non indiquée pour ce client (groupe-cible) |   |
| <input type="checkbox"/> Vaccination reportée                         | <input type="checkbox"/> 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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Réaction locale | <input type="checkbox"/> Réaction systémique:<br><input type="checkbox"/> nécessitant un contact avec les urgences<br><input type="checkbox"/> accident post-vaccinal annoncé (Pharmacovigilance, ElViS) |
|--|--|

Description (suivi inclus): .....

Date du feed-back: .....

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