

Hépatite B

Questionnaire pour la vaccination contre l'hépatite B par le pharmacien

Date:

Numéro de dossier
(de la plateforme en ligne)

Informations concernant la vaccination contre l'hépatite B

Groupe-cible: Personnes dès 16 ans à risque accru d'exposition et/ou de transmission (p. ex. personnel médical et soignant ainsi que toutes les personnes en contact avec des groupes à risque) ainsi que personnes à risque accru de complication (personnes avec maladie hépatique).
Vaccination de rattrapage pour les adultes (dès l'âge de 16 ans), sans limite d'âge, sauf en l'absence de risque d'exposition (trois doses à 0, 1 et 6 mois).

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 (≥ 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies sous-jacentes

Veuillez respecter les prescriptions cantonales; informations facultatives

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
(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 B

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que vous avez déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B par le passé ?
(Schéma de vaccination dès l'âge de 16 ans: trois doses à 0, 1 et 6 mois)

Quelle est la dose à administrer aujourd'hui ?

- 1^{re} dose
- 2^e dose (au minimum un mois après la première vaccination)
- 3^e dose (au minimum six mois après la première vaccination)

Informations complémentaires concernant la vaccination contre l'hépatite B

Informations facultatives

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Avez-vous un médecin de famille ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Remarques :



D Informations concernant les effets indésirables et accord du client

Fréquents sont réactions locales (rougeur, douleur, tuméfaction) au site d'injection. Plus rares sont céphalées, fatigue ou fièvre. Ces réactions disparaissent après 1 à 3 jours. Les réactions allergiques sévères à un composant du vaccin sont extrêmement rares (1 à 2 cas pour 1 million de doses de vaccin).

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

- Les personnes qui peuvent entrer en contact avec du sang de tiers (p.ex. membres de professions médicales) ont été informées qu'elles devraient prendre rendez-vous chez un médecin dans les quatre semaines pour faire déterminer leur taux d'anticorps (hépatite B).
- 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:
<input type="checkbox"/> nécessitant un contact avec les urgences
<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.