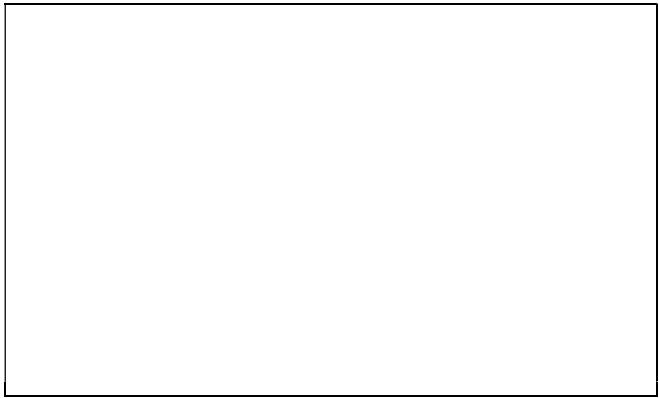




CTU-0129



VACCINATION POUR LE BCG

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.

INDICATION D'UN TCT PRÉ-VACCINAL		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 de l'infirmier(ère) : _____	N° de permis : _____
Signature de la sage-femme ou de l'infirmier(ère) : _____	Date : _____



CTU-0129

Nom, prénom : _____

Dossier : _____

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 : _____

N° de lot : _____

Site : _____

Nom de l'infirmière : _____

Lecture du TCT le : _____ (aaaa/mm/jj)

Heure : _____

Résultat du TCT : _____ mm

Nom de l'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 BCGRaison du refus, s'il y a lieu : _____ Consentement 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° de lot	Date d'exp.	Dose	Site
(aaaa/mm/jj) (hh :mm)		<input type="checkbox"/> BCG - Japan		(aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> 0,05 ml ID (âgé < 12 mois) <input type="checkbox"/> 0,1 ml ID (âgé ≥ 12 mois)	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit

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

Nom du vaccinateur : _____ N° de permis : _____

Lieu de vaccination (LDS): _____ Signature du vaccinateur : _____ Date : _____