

Vaccin IMVAMUNE (variole et variole simienne)

Le vaccin IMVAMUNE a été autorisé par Santé Canada pour l'immunisation active contre la variole, la variole simienne ainsi que les infections et maladies orthopoxvirales connexes en vertu du règlement sur les drogues nouvelles pour usage exceptionnel (DNUE) chez les adultes âgés de 18 ans et plus qui sont jugés à risque élevé d'exposition.

Les vaccins DNUE font partie de la préparation aux situations d'urgence du Canada, selon laquelle les fabricants ne sont pas toujours tenus de fournir des preuves substantielles pour démontrer l'innocuité et l'efficacité du produit avant d'obtenir une autorisation.

Comme les essais cliniques sont menés dans des conditions très précises, les taux d'effets indésirables observés lors de ces essais risquent de ne pas refléter exactement ce qui se produira en pratique, y compris des effets secondaires qui pourraient ne pas avoir été identifiés auparavant.

Nom	Prénom	No d'assurance-maladie	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Âge
Téléphone (domicile)		Adresse de courriel		
Adresse municipale		Ville	Province	Code postal
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre			

Êtes-vous malade aujourd'hui?

La vaccination avec IMVAMUNE doit être reportée chez les personnes qui ont de la fièvre ou ressentent une sensation de malaise généralisé.

Discutez des symptômes avec votre fournisseur de soins de santé. Votre fournisseur de soins de santé vous dira à quel moment vous pourrez recevoir le vaccin.

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Avez-vous ou avez-vous eu une infection à la variole simienne

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle les symptômes sont apparus, si elle est connue.

Si vous avez reçu au moins une dose antérieure d'un vaccin orthopoxvirus (vaccin contre la variole; vivant (lyophilisé), vaccin contre la variole; vivant (liquide sous forme congelée et/ou IMVAMUNE), avez-vous eu des effets secondaires après une des doses (y compris des réactions allergiques, des réactions d'hypersensibilité ou une inflammation cardiaque [myocardite/péricardite])?

Les personnes qui manifestent des réactions d'hypersensibilité après avoir reçu la première dose du vaccin ne doivent pas recevoir la deuxième dose.

IMVAMUNE n'est pas recommandé aux personnes ayant des antécédents de myocardite ou de péricardite liés à une dose antérieure d'un vaccin orthopoxvirus, à titre préventif à l'heure actuelle, tant qu'on ne dispose pas de plus amples renseignements.

Consultez votre fournisseur de soins de santé.

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Êtes-vous allergique ou pourriez-vous être allergique aux œufs ou aux ovoproduits, à la trométhamine (trométamol, Tris), à la benzonase, à la gentamicine ou à la ciprofloxacine qui sont présents dans le vaccin?

L'immunisation avec des vaccins contenant de la protéine d'œuf n'est pas contre-indiquée en cas de réactions allergiques. Consultez votre fournisseur de soins de santé qui peut vous conseiller sur les précautions supplémentaires à prendre.

Si « oui », vous pouvez recevoir le vaccin IMVAMUNE. Vous devrez attendre sur les lieux pendant 30 minutes après avoir reçu le vaccin pour être certain de vous sentir bien.

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Avez-vous eu une réaction allergique à un autre type de vaccin (autre type de vaccin contre la variole et la variole simienne ou d'autres maladies) ou à un autre médicament administré par injection ou par voie intraveineuse dans le passé?

Si « oui », vous pouvez recevoir le vaccin IMVAMUNE. Vous devrez attendre sur les lieux pendant 30 minutes après avoir reçu le vaccin pour être certain de vous sentir bien.

Non Oui Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Êtes-vous enceinte ou pourriez-vous l'être ou allaitez-vous?

Les femmes enceintes peuvent bénéficier en particulier de la vaccination, car ces populations risquent de subir des conséquences graves de la maladie. Il n'y a pas de preuves de l'innocuité et de l'efficacité de la PPrE ou de la PEP du vaccin IMVAMUNE dans ce groupe, même s'il n'y a actuellement aucune raison de croire que la vaccination aurait une incidence négative sur la mère ou le fœtus.

Non Oui

Avez-vous des problèmes immunitaires ou prenez-vous des médicaments qui peuvent affecter votre système immunitaire (p. ex. fortes doses de stéroïdes, chimiothérapie, certains médicaments pour l'arthrite)?

L'utilisation d'IMVAMUNE chez les patients immunodéprimés est appuyée par des essais cliniques qui comprennent les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La réponse immunitaire peut être diminuée chez les personnes séropositives ainsi que chez d'autres patients immunodéficients ou qui reçoivent un traitement immunosuppresseur.

Les populations immunodéprimées (y compris celles infectées par le VIH) peuvent bénéficier de la vaccination, car ces populations risquent d'avoir des effets plus graves selon la nature de l'immunosuppression. Les vaccins vivants sont généralement contre-indiqués pour les populations immunodéprimées; toutefois, on peut recommander le vaccin IMVAMUNE dans ce groupe puisqu'il est considéré comme un vaccin sans répllication.

Non Oui Ne sait pas. Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Avez-vous des affections cutanées comme la dermatite atopique?

L'utilisation d'IMVAMUNE chez les patients immunodéprimés est appuyée par des essais cliniques qui comprennent les personnes atteintes de dermatite atopique (DA). Les preuves disponibles n'ont fait état d'aucun problème de sécurité pour les personnes atteintes de dermatite atopique. On s'attend à ce que la fréquence des réactions locales ou générales puisse augmenter. Certaines personnes pourraient également connaître une poussée ou une aggravation de leur état.

Non Oui Ne sait pas. Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Avez-vous reçu récemment des médicaments spécifiques pour le traitement de la variole (p. ex. des immunoglobulines)?

L'interaction avec l'administration concomitante d'immunoglobulines n'a pas été établie. Dans l'affirmative, consultez votre fournisseur de soins de santé.

Non Oui Ne sait pas. Dans l'affirmative, veuillez donner la date du traitement.

Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des quatre dernières semaines? Prévoyez-vous recevoir un vaccin au cours des quatre prochaines semaines?

Pour réduire le risque potentiel d'interactions, il est recommandé d'administrer certains types de vaccins quatre semaines avant ou après l'administration du vaccin IMVAMUNE. Consultez votre fournisseur de soins de santé.

Non Oui Ne sait pas. Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Vous êtes-vous déjà senti/sentie faible ou vous êtes-vous déjà évanoui/évanouie après une vaccination ou une intervention médicale?

Non Oui Ne sait pas. Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.

Pour toutes les doses d'Imvamune, votre consentement confirmera ce qui suit :

- J'ai lu (ou on m'a lu) et je comprends les renseignements qui m'ont été donnés sur le vaccin Imvamune (variole et variole simienne) qui m'est offert aujourd'hui et je consens à ce qu'on m'administre la dose recommandée selon les recommandations de Santé publique.
- Je comprends les avantages et les possibles réactions au vaccin Imvamune et le risque de ne pas être vacciné(e).
- J'ai eu l'occasion de poser mes questions ou de discuter de mes inquiétudes relatives au vaccin Imvamune avec le fournisseur de soins de santé qui administre le vaccin Imvamune.
- Je comprends que je peux retirer à tout moment mon consentement en informant le fournisseur de soins de santé qui administre le vaccin Imvamune.
- Je confirme que j'ai l'autorité légale de consentir à cette immunisation.

Signature : _____ Nom (caractères d'imprimerie) : _____

Date de signature : _____

Si vous signez au nom de quelqu'un d'autre, indiquez votre relation avec la personne : _____

Je confirme que je suis le parent/tuteur légal ou le mandataire spécial.

Réservé au centre de vaccination :							
Vaccin	Dose/voie	Numéro du lot	Date d'expiration	Lieu et voie	Heure de l'administration	Date d'administration (Mois/jour/année)	Administré par Nom et titre
iMVAMUNE vaccin contre la variole et la variole simienne	0,5 ml/SC						

Si vous décidez de fournir tous les renseignements demandés dans le formulaire, il est important de savoir que leur inclusion constitue un consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels.

La collecte, l'utilisation et la communication de vos renseignements personnels sont protégées par *la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*, *la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* et toute autre disposition législative, mesure réglementaire et politique applicable. Si vous désirez en savoir davantage sur vos droits en matière de protection de la vie privée, consultez le document :

<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/LoisSante/AvisProtectionRenseignementPersonnels.pdf>