

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI) À LA SUITE D'UNE IMMUNISATION

DIRECTIVES : Pour des directives et des définitions plus détaillées, consulter le guide de l'utilisateur au : www.phac-aspc.gc.ca/im/aeifi-form-fra.php

Déclarer les MCI qui présentent un lien temporel avec un vaccin et qui ne peuvent être manifestement attribuées à d'autres causes. Il n'est pas nécessaire de prouver l'existence d'une relation de cause à effet, et le fait de présenter une déclaration ne suppose en rien l'existence d'une telle relation.

D'intérêt particulier sont les MCI qui :

- a) Réunissent un ou plusieurs critères de gravité
- b) Sont inattendues indépendamment de la gravité

Consulter la section des renseignements généraux du guide de l'utilisateur pour plus d'informations.

NOTA :

- Les numéros ci-dessous correspondent aux numéros des sections du formulaire.
- Toutes les dates doivent être inscrites de la manière suivante : AAAA / MM / JJ.
- Sur la déclaration de MCI, cocher l'une des cases en haut à droite de la première page du formulaire pour indiquer s'il s'agit d'une déclaration INITIALE ou d'une déclaration de SUIVI. Pour toutes les déclarations de suivi, indiquer le NUMÉRO D'ÉPISODE UNIQUE.
 - 1a) Le **NUMÉRO D'ÉPISODE UNIQUE** est attribué par la province/le territoire. Le laisser en blanc, à moins d'être autorisé à attribuer un numéro.
 - 1b) Le **NUMÉRO DE RÉGION** est le numéro correspondant à l'unité de santé publique locale. Le laisser en blanc si cela ne s'applique pas à votre région.
 - 2) Le **NIL D'IMPACT** est attribué par les infirmières du programme de surveillance IMPACT (NIL : Numéro Inventaire Local).
 - 3) Les renseignements fournis dans cette section sont confidentiels. Ils ne doivent pas être transmis à l'Agence de la santé publique du Canada.
 - 4a) Indiquer la province/le territoire où le vaccin a été administré. Les abréviations sont acceptées.
 - 4c) Donner tous les renseignements demandés dans le tableau. Pour le « N° de dose », indiquer le rang dans la série (1, 2, 3, 4 ou 5) ou « R » s'il s'agit d'une dose de rappel. Dans le cas d'un vaccin contre l'influenza, à moins que le patient ait reçu deux doses pendant la même saison, le « N° de dose » devrait être 1.
 - 7a) Indiquer le principal impact des MCI sur les activités quotidiennes du patient évalué par le patient ou le parent/tuteur.
 - 7c) Décrire en détail tout examen et traitement dans la section 10. Si le patient était déjà hospitalisé au moment de l'immunisation et que l'immunisation a entraîné une prolongation de l'hospitalisation, indiquer « A entraîné une prolongation de l'hospitalisation » et préciser le nombre de jours additionnels d'hospitalisation. Pour toutes les hospitalisations, indiquer la date de l'admission et la date du congé.
 - 8) MH : médecin hygiéniste, MD : médecin, Inf : infirmière.
 - 9) Choisir, à la section 9 (détails sur les MCI), la description qui correspond le mieux aux MCI déclarées. Consigner le temps écoulé avant l'apparition des signes/symptômes ainsi que leur durée en utilisant l'unité de temps qui convient le mieux : Jours, Heures ou Minutes. Consigner les détails supplémentaires concernant tout examen, traitement ainsi que toute autre information pertinente à la section 10.
 - 11) Cette section doit être remplie par le MH, le MD, l'Inf ou une personne désignée qui formulera des recommandations en matière de santé publique selon les meilleures pratiques provinciales/territoriales.
 - 12) Les renseignements de cette section ne sont pas recueillis par l'ensemble des provinces et des territoires.

UNE FOIS REMPLI, LE FORMULAIRE DOIT ÊTRE EXPÉDIÉ À VOTRE UNITÉ LOCALE DE SANTÉ PUBLIQUE

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Alberta (Alb.) | Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) | Québec (Qué.) |
| Colombie-Britannique (C.-B.) | Nouvelle-Écosse (N.-É.) | Saskatchewan (Sask.) |
| Manitoba (Man.) | Nunavut (Nt) | Yukon (Yn) |
| Nouveau-Brunswick (N.-B.) | Ontario (Ont.) | Services de la santé des Forces canadiennes (SSFC) |
| Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.) | Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) | Agence de la santé publique du Canada (ASPC) |

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI) À LA SUITE D'UNE IMMUNISATION

1a) N° D'ÉPISODE UNIQUE :

1b) N° DE RÉGION :

2) NIL D'IMPACT :

3) IDENTIFICATION DU PATIENT

Prénom :

Nom de famille :

N° de carte santé :

Adresse du domicile habituel :

Province/territoire :

Code postal :

Téléphone : ()

(poste :)

Source de l'information : Prénom :

Nom de famille :

Lien avec le patient :

Coordonnées, si différentes :

4) INFORMATION AU MOMENT DE L'IMMUNISATION ET DE L'APPARITION DES MCI**4a) Au moment de l'immunisation**

Province/territoire où l'immunisation a eu lieu :

Date de l'administration du vaccin (A / M / J): _____ | _____ | _____ (h : ____ am / ____ pm)

Date de naissance (A / M / J): _____ | _____ | _____ Âge: _____

Sexe : Masculin Féminin Autre

4b) Antécédents médicaux (jusqu'à l'apparition des MCI)

(Cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 10)

Médicament(s) pris en concomitance

Problèmes de santé/allergies connus

Maladie/lésion aiguë

4c) Agent immunisant**Nom commercial****Fabricant****N° de lot****N° de dose****Posologie****Voie d'adm****Site**

| 4c) Agent immunisant | Nom commercial | Fabricant | N° de lot | N° de dose | Posologie | Voie d'adm | Site |
|----------------------|----------------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------|
| | | | | | / | | |
| | | | | | / | | |
| | | | | | / | | |
| | | | | | / | | |
| | | | | | / | | |

5) ERREURS D'IMMUNISATION**Ces MCI sont-elles survenues à la suite d'une erreur d'immunisation?**Non Inconnu **Oui**

(Si Oui, cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 10)

Vaccin donné en dehors des limites d'âge recommandées Produit périmé

Mauvais vaccin administré Mauvaise voie d'administration

Dose dépassait celle recommandée pour l'âge Autre, préciser :

6) MCI ANTÉRIEURES**Des MCI sont-elles survenues après l'administration de doses précédentes de l'un des produits immunisants indiqués ci-dessus (tableau 4c)? (Cocher une seule réponse)**Non **Oui** (Préciser à la section 10)

Inconnu Ne s'applique pas (aucune dose antérieure)

7) RÉPERCUSSIONS DES MCI, ÉVOLUTION ET NIVEAU DE SOINS OBTENUS**7a) Répercussions des MCI : (Cocher une seule réponse)**

Ne nuisent pas aux activités quotidiennes

Nuisent aux activités mais n'empêchent pas les activités quotidiennes

Empêchent les activités quotidiennes

7b) Évolution au moment du rapport :

Décès* Date (A / M / J): _____ | _____ | _____

Invalidité/incapacité permanente* Pas encore rétabli*

Rétablissement complet Inconnu

*(Préciser à la section 10 pour les items identifiés)

7c) Plus haut niveau de soins obtenus : (Cocher une seule réponse)

Inconnu Aucun Consultation téléphonique d'un professionnel de la santé

Consultation non urgente

Consultation à l'urgence

Hospitalisation (_____ jours) **OU** Prolongation de l'hospitalisation en cours (de _____ jours)

Date de l'admission : (A / M / J): _____ | _____ | _____ Date du congé : (A / M / J): _____ | _____ | _____

7d) Traitement reçu :

Non

Inconnu

Oui (Fournir des détails à la section 10, incluant les autotraitements)

8) INFORMATION SUR LE DÉCLARANT

Lieu de travail : Cabinet du médecin Santé publique Hôpital Autre, préciser :

Nom :

Téléphone : ()

(poste :) Fax : ()

Adresse :

Ville :

Prov./terr. :

Code postal :

Date de la déclaration : (A / M / J): _____ | _____ | _____

Signature :

MD

Inf

IMPACT

Autre, préciser :

NOTA : Discuter avec le patient ou son parent/tuteur de la raison de déclaration et de la confidentialité de l'information.

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI) À LA SUITE D'UNE IMMUNISATION

N° D'ÉPISODE UNIQUE :

N° DE RÉGION :

NIL D'IMPACT :

9) DÉTAILS DES MCI : Compléter toutes les sections comme approprié; pour chacune, cocher tous les signes/symptômes qui s'appliquent. Les manifestations avec astérisque (*) devraient être diagnostiquées par un médecin. Sinon, fournir des renseignements suffisants pour appuyer les manifestations choisies. Utiliser la **SECTION 10** pour le détail clinique et les résultats des tests.

9a) Réaction locale au niveau ou près du site de vaccination Délai : → ___ M ___ H ___ J entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signe
Durée : → ___ M ___ H ___ J de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signes

Abcès infecté Abcès stérile Cellulite Nodule Atteinte articulaire Lymphadénite Autre, préciser :

Pour toute réaction au site de vaccination, cocher toutes les cases qui s'appliquent ci-dessous et préciser à la section 10 :

Enflure Douleur Sensibilité Érythème Chaleur Induration Éruption Diamètre le plus grand de la réaction au site de vaccination : ___ cm, Site(s) de la réaction _____ (p. ex. BG, BD) Fluctuation palpable Visible par imagerie (p. ex. IRM, CT, échographie)
Drainage spontané/chirurgical Résultats microbiologiques Trainées lymphangitiques Adénopathie régionale

9b) Réaction allergique et autres MCI allergiques Délai : → ___ M ___ H ___ J entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signe
Durée : → ___ M ___ H ___ J de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signes

Cocher une seule réponse : **Anaphylaxie** **Syndrome oculo-respiratoire (SOR)** **Autres MCI allergiques**

| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peau/muqueuse | Urticaire Érythème Prurit Sensation de picotements Éruption (Pour toute manifestation, indiquer le site de réaction) |
| | Angioedème : Langue Gorge Luette Larynx Lèvres Les yeux : Rougeur bilatérale Paupières Visage Membres Autre, préciser : Rougeur unilatérale Démangeaison |
| Cardiovasculaire | Hypotension mesurée Pouls faible Temps de remplissage capillaire >3 sec Tachycardie ↓ ou perte de conscience (Durée) |
| Respiratoire | Éternement Rhinorrhée Voix rauque Sensation de serrement de la gorge Stridor Toux sèche Tachypnée Respiration sifflante Tirage/rétraction Expiration laborieuse Cyanose Mal de gorge Difficulté à avaler Difficulté à respirer Oppression thoracique |
| Digestif | Diarrhée Douleur abdominale Nausée Vomissement |

9c) Manifestations neurologiques Délai : → ___ M ___ H ___ J entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signe
Durée : → ___ M ___ H ___ J de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signes

Méningite* **Encéphalopathie/encéphalite*** **Syndrome de Guillain-Barré (SGB)*** **Paralysie de Bell*** **Autre paralysie***
Convulsion **Autre diagnostic neurologique*, préciser :**

Diminution/altération de l'état de conscience Léthargie Changement de personnalité pendant ≥ 24 heures Signe(s) neurologique(s) en foyer ou à foyers multiples Fièvre (≥ 38,0 °C) Anomalie du LCR Anomalie à l'EEG Anomalie à l'EMG Anomalie à la neuroimagerie
Anomalie histopathologique du cerveau/de la moelle épinière

Détails des convulsions : Observées par un professionnel de la santé Oui Non Inconnu
Perte de conscience soudaine Oui Non Inconnu
Généralisées (Préciser : Toniques Cloniques Tonico-cloniques Atoniques Absence Myocloniques)
OU Partielles
Antécédents de convulsions, préciser : Fébriles Afébriles Nature inconnue

9d) Autres MCI Délai : → ___ M ___ H ___ J entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signe
Durée : → ___ M ___ H ___ J de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signes

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Épisode hypotonique-hyporéactif (âge < 2 ans) Flaccidité Pâleur/cyanose Réponse ↓ /absente | Éruption Généralisée Localisée (Site) |
| | Thrombocytopénie* Numération plaquettaire < 150 x 10 ⁹ /L Éruption petechiale Autres signes cliniques d'hémorragie |
| Pleurs persistants (Pleurs constants et inchangés ≥ 3 heures) | Anesthésie/Parasthésie Sensation de : Engourdissement Picotement brûlure Fourmillements Autre, préciser : |
| Invagination intestinale* | Généralisée Localisée (Site) |
| Arthrite Rougeur articulaire Chaleur de l'articulation au toucher Gonflement articulaire Modification inflammatoire du liquide synovial | Fièvre ≥ 38,0 °C (Nota : À déclarer SEULEMENT si la fièvre est associée à un autre effet devant faire l'objet d'une déclaration. Signaler la fièvre associée à une manifestation neurologique à la section 9d.) |
| Parotidite (Enflure de la glande parotide avec douleur et/ou sensibilité) | |

Autre(s) MCI graves ou inattendues non mentionnées dans ce formulaire (Spécifier et fournir des détails dans la section 10)

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MCI) À LA SUITE D'UNE IMMUNISATION

N° D'ÉPISODE UNIQUE :

N° DE RÉGION :

NIL D'IMPACT :

10) INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE (Veuillez fournir les informations sur l'enquête et le traitement des MCI) et indiquer le numéro de la section que vous commentez. S.V.P.**11) RECOMMANDATIONS POUR IMMUNISATIONS FUTURES SELON LES MEILLEURES PRATIQUES FÉDÉRALES/PROVINCIALES/TERRITORIALES**

(Commenter, utiliser la section 10 si l'espace est insuffisant)

Aucun changement au calendrier vaccinal

Référence à un spécialiste, préciser :

Déterminer titre d'anticorps protecteurs

Prochaine immunisation en milieu contrôlé

Pas d'autres immunisations avec : _____,

préciser :

Suivi actif de récurrence après le prochain vaccin

Autre, préciser :

Nom :

Statut professionnel : MH MD Inf Autre, préciser :

COMMENTAIRES :

Téléphone : ()

(poste :)

Date : (A / M / J): ____ / ____ / ____

Signature :

12) RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES APRÈS LA DÉCLARATION INITIALE (Préciser à la section 10)

Vaccin administré sans MCI

Vaccin administré avec récurrence de MCI

Vaccin administré, autre MCI observée

Vaccin administré sans renseignement sur MCI

Vaccin na pas été administré