



| | | | |
|---|---|-------------------------------|---|
|  | Nom du document : liste de contrôle EMV pour binôme vaccinateur·trice/admin | |  |
| | Version #: 1.6 | | |
| | Validé par : GENTON Blaise HO Luc BARATALI Laïla | MIAUTON Alix GASSER Muriel | |

Liste de contrôle EMV pour binôme vaccinateur·trice/admin

- **Vérifier l'identité de la personne à vacciner**
(Nom, prénom, année de naissance)
- **L'administrateur transmet les éventuelles précautions/contre-indications** (allergies, prise d'un traitement anticoagulant) **contenues dans le document Excel de l'institution pour importation dans VacoViD**
- **Avant de procéder à la vaccination, poser les questions suivantes :**
 - **Êtes-vous connu pour une allergie ?** Si oui, solliciter l'infirmier·ère référent·e de l'EMV pour qu'il·elle poursuive les questions ci-dessous :
 - **Avez-vous une allergie documentée (par un allergologue – passeport allergie) au polyéthylène glycol (PEG, Macrogol), au polysorbate ou à la trométhamine (TRIS, trométamol) ?**
 - Si oui, un avis auprès de la coordinatrice clinique EMV est nécessaire (médecin référent·e EMV à disposition si nécessaire).
 - **Avez-vous fait une allergie sévère** (antécédent de choc anaphylactique ou prescription d'Epipen® ou intervention médicale urgente nécessaire) **à un médicament injectable ou un vaccin ou une d'origine indéterminée ?**
 - Si oui, un avis auprès de la coordinatrice clinique EMV est nécessaire (médecin référent·e EMV à disposition si nécessaire).
 - **Avez-vous fait une allergie sévère** (antécédent de choc anaphylactique ou prescription d'Epipen® ou intervention médicale urgente nécessaire) **d'autre origine (médicament pris par la bouche, aliments, latex, pollens, poils d'animaux, acariens, venins d'insecte) ?**
 - Si oui, **vaccination autorisée avec surveillance de 30 minutes.**
 - **Pourriez-vous être enceinte ?**
Si oui, pas de vaccination.
 - **Avez-vous moins de 18 ans ?** Si oui, pas de vaccination
 - **Prenez-vous un traitement anticoagulant ?** (par exemple Sintrom®, Xarelto®, Marcoumar®, Eliquis®, Pradaxa®, Lixiana® ou autres)
Si oui, comprimer 2 minutes après l'injection intramusculaire (pas d'injection sous-cutanée !)
 - Les traitements antiagrégants tels Aspirine®, Plavix® et Brilique® ne sont pas des anticoagulants.
 - **Est-ce la 2ème dose de vaccin ?**
Vérifier que le vaccin soit le même qu'à la 1ère dose. Un délai minimum de 28 jours avant la deuxième dose est requis. Un dépassement de ce délai n'est pas problématique.
- **Procéder à la vaccination en injection intramusculaire** (ne pas purger la bulle d'air dans la seringue ! Ne pas tapoter sur la seringue !)
- **Entrer le N° du lot dans VacoViD +/- dans le carnet de vaccination par administrateur**
- **Surveiller obligatoirement la personne vaccinée pendant 15 minutes ou pendant 30 minutes si notion d'allergie sévère** (suivi de l'apparition d'un éventuel effet secondaire)
(Lors de la deuxième dose : surveillance de 5 minutes suffisante si aucune réaction importante lors de la première injection et absence d'allergie. Si surveillance de 30 minutes lors de la première dose pour des raisons d'allergie, 30 minutes de surveillance également nécessaires après la deuxième dose).