

Ce document contient des informations à documenter au recto et au verso  
 Merci de compléter le document en lettres capitales, de façon lisible  
 Il doit être adressé à l'adresse mail suivante : [vaccinationadomicile@avasad.ch](mailto:vaccinationadomicile@avasad.ch)  
 Tout questionnement en lien avec le processus de vaccination peut être envoyé à cette adresse mail

Nom et n° de tél de l'OSAD/infirmier-ère/EMS joignable entre 8h et 18h : ...  
 Nom et n° de tél du médecin traitant : ...

## Coordonnées de la personne à vacciner :

à compléter par l'OSAD/l'infirmier-ère indépendant-e/l'EMS/appartement protégé

Nom : ... Prénom : ...  
 Date de naissance : ... N°AVS : ...  
 Adresse : ... N° de téléphone : ...  
 Jours d'indisponibilité récurrente de la personne: ...

Si représentant thérapeutique :  
 Nom, Prénom :

N° de téléphone :

La personne est-elle cliente d'un CMS ? Oui  Non

Modalités d'accès au domicile :

Recommandations de prise en charge :

## Critères d'exclusion à la vaccination

à compléter par l'OSAD/l'infirmière indépendante etc. mais vérification nécessaire par le vaccinateur-trice

	Oui	Non		Oui	Non
Allergie documentée à l'un des composants du vaccin (polyéthylène glycol (PEG, macrogol) ou polysorbate) <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La personne présente-t-elle les symptômes suivants <sup>1</sup> : toux, mal de gorge, perte de goût ou d'odorat, fatigue généralisée, maux de tête inhabituels, douleurs musculaires diffuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédent d'allergie sévère à un médicament injectable ou d'origine indéterminée <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La personne a-t-elle déjà eu la CoVID ? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre (T°>38° dans les 48h précédent la vaccination) <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La personne est-elle en quarantaine pour le SARS-CoV-2 <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle déjà été vaccinée <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Consentement oral de la personne ou de son représentant thérapeutique, <b>si non, exclusion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b><sup>1</sup> Si oui, exclusion de la vaccination à domicile → Médecin traitant informé :</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Date :		

**Nom du professionnel qui a complété ces données : (nom/prénom)**

## Critères de précaution à mentionner au vaccinateur-trice

à compléter par l'OSAD/l'infirmière indépendante etc. mais vérification nécessaire par le vaccinateur-trice

	Oui	Non
Antécédent d'allergie sévère à un médicament pris par la bouche, aliments, latex, pollens, poils d'animaux, acariens, venins d'insecte		
<b>Si oui</b> , délai de surveillance nécessaire de <b>30 min</b> après la vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si non</b> , délai de surveillance de <b>15 min</b> après la vaccination		

Prise d'un traitement anticoagulant  
 Si oui, comprimer 2 minutes après l'injection intramusculaire

**Nom du professionnel qui a complété ces données : (nom/prénom)**

## Vaccination 1<sup>ère</sup> dose

à compléter par le/la vaccinateur-trice

	Oui	Non
Informations transmises au client sur le vaccin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement de la personne à vacciner :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion (mentionnés ci-dessus) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code des allergies, critères de surveillance (mentionnés ci-dessus) :

Vert 15'	Jaune 30'	Rouge Øinjection
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heure de l'injection : ...h...

**La personne ou son représentant thérapeutique donne son accord pour :** **Oui** **Non**

Le transfert de données dans l'application « myCOVIDvac »  
(données transférées à l'OFSP pour la création d'un carnet de vaccination électronique)

L'envoi de l'attestation de vaccination au responsable de la situation (OSAD, infirmier-ère  
indépendant-e, EMS etc.) :

Effets indésirables immédiats :

.....

Envoi de la première attestation de vaccination **Oui** **Non**

**Nom du professionnel qui a vacciné : (nom/prénom)**

.....

## Vaccination 2<sup>ème</sup> dose

à compléter par le/la vaccinateur-trice

	Oui	Non
Avez-vous eu une réaction <b>allergique</b> à la 1 <sup>ère</sup> injection du vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avis allergologique nécessaire avant administration de la 2 <sup>è</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu la maladie CoVID depuis la 1 <sup>ère</sup> injection du vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations transmises au client sur le vaccin :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement de la personne à vacciner :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critère d'exclusion (mentionnés ci-dessus) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Code des allergies, critères de surveillance (mentionnés ci-dessus) :

Vert 5'	Jaune 30'	Rouge Øinjection
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heure de l'injection : ...h...

**La personne ou son représentant thérapeutique donne son accord pour :** **Oui** **Non**

Le transfert de données dans l'application « myCOVIDvac »  
(données transférées à l'OFSP pour la création d'un carnet de vaccination électronique)

L'envoi de l'attestation de vaccination au responsable de la situation (OSAD, infirmier-ère  
indépendant-e, EMS etc.) :

Effets indésirables immédiats :

.....

Envoi de la deuxième attestation de vaccination **Oui** **Non**

**Nom du professionnel qui a vacciné : (nom/prénom)**

.....