


	Nom du document : liste de contrôle EMV pour binôme vaccinateur·trice/admin		
	Version #: 1.7		
	Validé par :	Date de validation : 27.05.2021	
	GENTON Blaise	MIAUTON Alix	
	HO Luc	GASSER Muriel	
	BARATALI Laïla	BESSON Juliette	

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, pas de vaccination, 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 dont un vaccin ou à un laxatif ?**
 - Si oui, pas de vaccination, 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) ou d'origine indéterminée ?**
 - Si oui, vaccination autorisée avec surveillance de 30 minutes.
 - **Pourriez-vous être enceinte ?**
Si oui, pas de vaccination hormis si la balance risque-bénéfice a été discutée en amont entre le médecin et la patiente et que celle-ci souhaite malgré tout se faire vacciner dès le 2^{ème} trimestre.
 - **Êtes-vous né après 2005 ?**
Si oui, pas de vaccination hormis si la balance risque-bénéfice a été discutée en amont avec le pédiatre (cas particuliers liés par exemple à une maladie chronique sévère).
 - **Êtes-vous né entre 2004 et 2005 (après 2003) ?**
Si oui, vaccination avec le vaccin Pfizer uniquement.
 - **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 2^{ème} dose de vaccin ?**
Vérifier que le vaccin soit le même qu'à la 1^{ère} 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 taper sur la seringue !)
- **Entrer le N° du lot dans VacoViD +/- dans le carnet de vaccination par administrateur**

	Nom du document : liste de contrôle EMV pour binôme vaccinateur-trice/admin		
	Version #: 1.7		
	Validé par :	Date de validation : 27.05.2021	
	GENTON Blaise	MIAUTON Alix	
	HO Luc	GASSER Muriel	
	BARATALI Laïla	BESSON Juliette	

- **Remplir le carnet de vaccination si disponible**
- **Surveiller obligatoirement la personne vaccinée**
 Pas d'antécédent d'allergie : surveillance pendant 15 minutes après la 1^{ère} dose, 5 minutes après la 2^{ème} dose
 Antécédents d'allergie (selon guideline allergie) : 30 minutes après chaque dose