

unisanté	Nom du document : Liste de contrôle	
	Version #: 2.1	
	Préparé par : MIAUTON Alix BESSION Juliette	
	Validé par : GENTON Blaise	Date de validation : 16.12.2021

## Liste de contrôle avant vaccination

- **Vérifier l'identité de la personne à vacciner** (Nom, prénom, année de naissance)
- **Avant de procéder à la vaccination, poser les questions suivantes :**
  - **Venez-vous pour :**
    - Une 1<sup>ère</sup> dose ?
    - Une 2<sup>ème</sup> dose (vaccination de base) ?
      - Minimum 3 semaines après 1<sup>ère</sup> dose Comirnaty et 4 semaines après 1<sup>ère</sup> dose Spikevax
    - Une vaccination de rappel ?
      - Minimum 6 mois après la dernière dose
    - Si immunosuppression sévère : 3<sup>ème</sup> dose de primo-vaccination ?
      - Minimum 4 semaines après la 2<sup>ème</sup> dose. Ordonnance médicale nécessaire.
  - **Êtes-vous connu.e pour une allergie ?**

Si oui :

    - Si 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> dose, se référer à la fiche « Vaccination contre le SARS-CoV-2 en cas d'antécédent allergique
    - Lors de la 3<sup>ème</sup> dose de primo-vaccination ou vaccination de rappel, surveillance de 5 minutes si vaccination(s) précédente(s) bien tolérées.
  - **Avez-vous eu de la fièvre ces dernières 48h ?** Si oui, reporter la vaccination et recommander la réalisation d'un test SARS-CoV-2
  - **Êtes-vous enceinte ?**

Si oui :

    - Vaccination recommandée dès le 2<sup>ème</sup> trimestre (remettre les formulaires d'information et de suivi d'éventuels événements indésirables). Si souhaité, vaccination également possible au 1<sup>er</sup> trimestre.
    - Vaccin Janssen contre-indiqué.
  - **Avez-vous moins de 30 ans ?**

Si oui :

    - Vaccin Pfizer à privilégier. si <18 ans.
    - Signature consentement si adolescent de 12-15 ans, seul.
    - Si < 12 ans : vaccination non autorisée
    - Si < 16 ans : vaccination de rappel non autorisée
    - Si <18 ans : vaccin Janssen et rappel Moderna contre-indiqués
  - **Avez-vous déjà eu le COVID-19 ?**

Si oui :

    - Si 1<sup>ère</sup> dose : minimum 4 semaines après la maladie, une seule dose suffit pour une primovaccination (sauf si immunosuppression sévère)
    - Si vaccination de rappel : minimum 6 mois après la maladie.
  - **Êtes-vous connu.e pour une immunosuppression sévère ?**

Si oui :

    - 3 doses de primovaccination, pas de vaccination de rappel pour l'instant.
    - Sérologie à faire à 1 mois de la primovaccination
    - Vaccin Janssen contre-indiqué (même si immunosuppression non sévère)
  - **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)
- Si 2<sup>ème</sup> dose, 3<sup>ème</sup> dose de primo-vaccination ou vaccination de rappel, le vaccin devrait idéalement être identique aux doses précédentes.
- Procéder à la vaccination en injection intramusculaire
- Remplir le carnet de vaccination si disponible
- Entrer les données dans VacoViD
- Transférer le patient en salle de surveillance