

Déclaration de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) à la suite d'une immunisation

Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à votre [bureau local de santé publique](#) par voie sécurisée. Pour obtenir plus d'information sur la déclaration de MCI en Ontario, consultez le site Web de [Santé publique Ontario](#).

Formulaire destiné à signaler les manifestations cliniques inhabituelles (MCI) à la suite de tous les vaccins.

N° de cas (pour utilisation locale uniquement):

1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT / LA CLIENTE ET LA SOURCE DE LA DÉCLARATION

Nom de famille du client / de la cliente :

N° de la carte Santé de l'Ontario :

Prénom(s) :

Date de naissance (aaaa-mm-jj) :

Sexe : Homme Autre
Femme Inconnu

Prénom et nom de famille du père/de la mère ou du tuteur/de la tutrice, le cas échéant:

N° de téléphone :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Signalé à la santé publique par :

Lien avec le cas :

Form completed by:

Date de la déclaration (aaaa-mm-jj) :

Coordonnées de la déclarante ou du déclarant (si différentes des coordonnées ci-dessus):

2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'IMMUNISATION

Date (aaaa/mm/jj)	Heure (24 h - HH:MM)	Fabricant / nom commercial	N° du lot	Date d'expiration du lot (aaaa/mm/jj)	N° de la dose	Site	Voie d'admin.
----------------------	-------------------------	----------------------------	-----------	--	------------------	------	------------------

Erreur d'immunisation : Non Ne sait pas Oui*
Décrire dans la section 5

Lieu d'administration du vaccin (p. ex., pharmacie) :

Vaccin administré par : Nom :

Titre :

3 - RENSEIGNEMENTS SUR LES MANIFESTATIONS (RÉACTIONS) INHABITUELLES

- A. Ne déclarer que les manifestations cliniques ne pouvant pas être attribuées à des affectations coexistantes.
- B. Les réactions suivies d'un astérisque doivent être diagnostiquées par un médecin ou une infirmière praticienne.
- C. Les réactions suivies d'un astérisque doivent être diagnostiquées par un médecin. Indiquer le **délai d'apparition de la manifestation** (délai écoulé entre l'administration du vaccin et l'apparition de chaque manifestation) et la **durée** de chaque manifestation en **minutes** ou en **heures** ou en **jours** si la personne est rétablie. Délai ou durée inférieur à une heure : l'indiquer en minutes. Délai ou durée inférieur à 24 heures : l'indiquer en heures. Délai ou durée égal ou supérieur à 24 heures : l'indiquer en jours.

Réaction Locale au Niveau du Site d'Injection	En minutes, en heures ou en jours		Manifestations Neurologiques	En minutes, en heures ou en jours	
	Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation		Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation
Douleur/rougeur/enflure au-delà de l'articulation la plus proche			Convulsions		
Douleur/rougeur/enflure durant 4 jours ou plus			Encéphalopathie / Encéphalite*		
Abcès infecté*			Paralysie de Bell*		
Abcès stérile*			Anaesthesia / paraesthesia*		
Nodule			Méningite*		
Cellulite*			Paralysie*		
Adénopathie / Lymphadénopathie*			Syndrome de Guillain-Barré*		
			Myélite / Myélite transverse*		
			Encéphalomyélite aiguë disséminée*		
Réactions systémiques	Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation	Autres manifestations d'intérêt	Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation
Fièvre de 38,0°C ou plus (à déclarer seulement en présence d'une autre manifestation)			Thrombocytopénie*		
Éruption			Arthrite / arthralgie*		
Épisode hypotonique-hyporéactif*			Invagination*		
Pleurs / Cris persistants (chez les nourrissons ou les jeunes enfants uniquement)			Syncope (perte de conscience) avec blessure		
Vomissements graves / Diarrhée (3 épisodes / 24 heures)			Maladie de Kawasaki*		
Parotidite*			Myocardite/péricardite*		
Réactions Allergiques	Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation	Trouble de la coagulation (y compris les événements thrombotiques)*		
Manifestation gérée comme une anaphylaxie			Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS)*		
Syndrome oculo-respiratoire			Vascularite cutanée sur un seul organe*		
Réaction allergique – peau / muqueuses (p. ex., urticaire)			Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants ou les adultes*		
Nom de famille du patient :			Érythème polyforme*		
Prénom(s) du patient :			Autres manifestations graves ou inhabituelles		
Date de naissance (aaaa/mm/jj):					

Décrire toutes les manifestations à la section 5

4 - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veuillez décrire de façon détaillée les antécédents médicaux du client / de la cliente (p. ex., patient immunodéprimé, immunosupprimé, maladie chronique / affections sous-jacentes), les médicaments pris en concomitance et les antécédents en matière d'allergies.

MCI antérieures :	Non	Ne sait pas	Oui*	Décrire dans la section 5	
Enceinte au moment de la vaccination :	Oui	Non	Ne sait pas	Si oui, nombre de semaines de gestation :	

5 - DESCRIPTION PLUS DÉTAILLÉE DES MANIFESTATIONS INHABITUELLES

Veillez décrire de façon détaillée les manifestations et indiquer ce qui suit : ensemble des signes et symptômes, enquêtes, traitements, précisions sur l'hospitalisation et fournir une description des MCI antérieures ou des erreurs d'immunisation indiquées dans la section 2.

6 - TAUX D'UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ ET RÉSULTATS

Veillez fournir des renseignements sur l'utilisation du système de soins de santé en ce qui a trait à ce cas. Le bureau de santé publique remplit cette section quand l'enquête sur le cas a pris fin.

Consultation médicale (non-urgente)	Oui	Non	Date (aaaa/mm/jj)	Professionnel de soins de santé ayant traité la manifestation : Nom : Adresse :
Consultation au service des urgences	Oui	Non	Date (aaaa/mm/jj)	
Admission à l'hôpital à cause d'une réaction	Oui	Non	Date d'admission à l'hôpital (aaaa/mm/jj) Date du congé de l'hôpital (aaaa/mm/jj)	
Nom de l'établissement où la manifestation a été traitée (p. ex., nom de l'hôpital) :				

RÉSULTATS	Rétabli(e)	Pas encore rétabli(e) (décrire ci-dessous)	Incapacité / Incapacité persistante ou significative (décrire ci-dessous)	Inconnu	Décès (décrire ci-dessous)
Veuillez décrire :				Date (aaaa/mm/jj) :	
Nom de famille du client / de la cliente:		Prénom(s) :		Date de naissance (aaaa/mm/jj):	

Les renseignements personnels sur la santé figurant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé et du Règlement de l'Ontario 569. Ces renseignements personnels sur la santé servent, d'une part, à signaler les manifestations cliniques inhabituelles pouvant nécessiter des enquêtes plus approfondies et, d'autre part, à assurer l'innocuité continue des vaccins sur le marché canadien grâce à la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'immunisations. Les renseignements recueillis peuvent être partagés avec l'Agence de la santé publique du Canada. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements personnels sur la santé, communiquez avec le bureau de santé publique de votre localité.

RÉSERVÉ AU BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE. NE PAS TRANSMETTRE

7 - RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE / DU MÉDECIN HYGIÉNISTE ADJOINT

Réservé au bureau de santé publique. Cette section doit être remplie par le médecin-hygiéniste ou son remplaçant.

Cocher toutes les mentions utiles :

Aucune recommandation

Prochaine immunisation en milieu contrôlé

Déterminer le titre d'anticorps protecteurs
(préciser)

Renvoi à un spécialiste (préciser)

Aucun changement au calendrier vaccinal

Pas d'autre immunisation
(Contre-indication ou série complète - préciser)

Suivi actif de récurrence des MCI après le prochain vaccin

Autre (préciser)

Commentaires sur les recommandations du médecin hygiéniste adjoint :

Médecin-hygiéniste ou remplaçant

Nom :

Date
(aaaa/mm/jj):

Signature :