

Annexe : Attestation de contre-indication à l'ensemble des vaccins contre la COVID-19 ou situation particulière ne permettant pas d'administrer de vaccin contre la COVID-19

J'atteste que (nom, prénom de l'utilisateur) : _____

Date de naissance (jour-mois-année) : _____ Téléphone : _____

présente l'une des contre-indications suivantes donnant accès au passeport vaccinal (*parapher la case*) :

<input type="checkbox"/>	<p>Contre-indications aux vaccins à</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARN messenger (Moderna et Pfizer-BioNTech) <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vecteur viral (AstraZeneca et Covishield) <p>À noter : si un vaccin à ARN messenger est contre-indiqué, il est possible d'administrer un vaccin à vecteur viral et vice versa.</p>	<p>Contre-indications aux vaccins à ARN messenger définies dans le PIQ (Moderna et Pfizer-BioNTech)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique, notamment le polyéthylène glycol pour les vaccins de Moderna et de Pfizer-BioNTech ainsi que le trométanol pour le vaccin de Moderna <p>Contre-indications aux vaccins à vecteur viral définies dans le PIQ (AstraZeneca et Covishield)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique, incluant le Polysorbate • Antécédent d'allergie immédiate (< 1 heure) légère ou modérée (non anaphylactique) après l'administration d'un vaccin contenant du Polysorbate • Antécédent, confirmé ou non, de thrombocytopénie thrombotique immunitaire induite par le vaccin (TTIV) après la 1re dose d'un vaccin à vecteur viral contre la COVID-19 • Antécédent de thrombocytopénie induite par l'héparine • Antécédent de syndrome de fuite capillaire idiopathique (maladie de Clarkson)
<input type="checkbox"/>	<p>Myocardite ou péricardite dans les jours suivant l'administration d'une dose d'un vaccin à ARN messenger contre la COVID-19</p>	<p>Note : Cette situation est une précaution dans le PIQ, mais le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) recommande de ne pas administrer de 2e dose d'ici à ce que plus de données soient disponibles.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Troubles importants du comportement</p>	<p>Troubles de comportement faisant en sorte qu'il n'est pas possible de faire une injection, même après avoir essayé de vacciner dans un environnement rassurant pour la personne.</p>

Pour ces conditions, veuillez télécopier cette annexe remplie et signée à l'établissement de santé de votre région (numéro de télécopieur au verso). Si vous souhaitez déclarer une autre condition clinique, veuillez utiliser le Formulaire de déclaration de manifestations cliniques inhabituelles après la vaccination. Aucune prescription ne sera acceptée.

Nom du médecin ou de l'IPS : _____

Numéro de pratique : _____ Téléphone : _____

Signature : _____

Date (jour-mois-année) : _____

Établissements de santé par région - coordonnées

Établissements	Télécopie
01 CISSS DU BAS-ST-LAURENT	418-721-3687
02 CIUSSS DU SAGUENAY - LAC-ST-JEAN	418-545-0835
03 CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE	418-577-8992
04 CIUSSS DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC	819 693-3670
05 CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS	819 821-5128
06 CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	514-253-7696
06 CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	514-732-5135
06 CIUSSS DU CENTRE-OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	514-735-4313
06 CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	514-362-7903
06 CIUSSS DU NORD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	514-338-3893
06 CUSM - MUHC	514-843-1512
07 CISSS DE L'OUTAOUAIS	819-595-0582
08 CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	819-732-0922
09 CISSS DE LA CÔTE-NORD	418 968-2043
10-CRSSH de la Baie-James	418-748-6391
11 CISSS DE LA GASPÉSIE	418-360-1301
11 CISSS DES ÎLES	418-986-3828
12 CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES	418-830-7499
13 CISSS DE LAVAL	450-978-2153
14 CISSS DE LANAUDIÈRE	450-470-2644
15 CISSS DES LAURENTIDES	450-970-2454
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-CENTRE	450-442-5717
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST	450-468-8318
16 CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-OUEST	450-747-0582
17 RÉGION DU NUNAVIK	1-866-867-8026
18 CONSEIL CRI DE LA SSS DE LA BAIE-JAMES	514-861-5206