

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

Veillez 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, y compris les vaccins contre la COVID-19.

N° de cas/d'enquête

1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT / LA CLIENTE ET LA SOURCE DE LA DÉCLARATION				
Nom de famille du client / de la cliente		Prénom(s)	N° de la carte Santé de l'Ontario	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Sexe Homme Femme Autre 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	Date de la déclaration (aaaa/mm/jj)	
Formulaire rempli par		Coordonnées de la déclarante ou du déclarant (si différentes des coordonnées ci-dessus)		

2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'IMMUNISATION Pour le vaccin COVID-19 de Pfizer-BioNTech, saisissez les informations relatives au diluant ici.							
Date (aaaa/mm/jj)	Heure (24 h - HH:MM)	Agent et fabricant	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 6		MCI antérieures Non Ne sait pas Oui* Décrire dans la section 6		Vaccin administré par (nom et titre)			

3 - RENSEIGNEMENTS SUR LES MANIFESTATIONS (RÉACTIONS) INHABITUELLES
(TOUS LES VACCINS. POUR DES MANIFESTATIONS ADDITIONNELLES PROPRES À LA COVID-19, VOIR LA SECTION 4.) Ne déclarer que les manifestations cliniques ne pouvant pas être attribuées à des affectations coexistantes. Les réactions suivies d'un astérisque doivent être diagnostiquées par un médecin. Indiquer le décal 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 . 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.

En minutes, en heures ou en jours		En minutes, en heures ou en jours	
Réaction Locale au Niveau du Site d'Injection	Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation	Réactions Allergiques
Douleur/rougeur/enflure au-delà de l'articulation la plus proche			Manifestation gérée comme une anaphylaxie
Douleur/rougeur/enflure durant 4 jours ou plus			Syndrome oculo-respiratoire
Abcès infecté*			Réaction allergique - peau (p. ex., urticaire)
Abcès stérile*			Manifestations Neurologiques
Nodule			Convulsions
Cellulite*			Encéphalopathie / Encéphalite*
Réactions Systémiques	Délai d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation	Méningite*
Fièvre supérieure à 38,0°C (à déclarer seulement en présence d'une autre manifestation)			Anesthésie / paresthésie*
Éruption			Paralysie*
Adénopathie / Lymphadénopathie*			Paralysie de Bell*
Épisode hypotonique-hyporéactif*			Syndrome de Guillain-Barré*
Pleurs / Cris persistants			Myélite / Myélite transverse*
Vomissements graves / Diarrhée (3 épisodes / 24 heures)			Encéphalomyélite aiguë disséminée*
Parotidite*			Autres Manifestations d'Intérêt
			Thrombocytopénie*
			Arthrite / arthralgie*
			Invagination intestinale*
			Maladie de Kawasaki*
			Syncope avec blessure
			Autres manifestations graves ou inhabituelles

4 - MANIFESTATIONS CLINIQUES D'INTÉRÊT PARTICULIER (MCIP) LIÉES À LA COVID-19

Outre les manifestations énumérées à la page 1, indiquer toute autre réaction associée à l'administration du vaccin contre la COVID-19. Ces réactions devraient être seulement indiquées pour signaler une MCI survenue à la suite de l'immunisation contre la COVID-19.

MCIP LIÉE À LA COVID-19	En minutes, en heures ou en jours		MCIP LIÉE À LA COVID-19	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
Maladie aggravée par la vaccination			Lésion rénale aiguë		
Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants ou les adultes			Lésion hépatique aiguë		
Syndrome de détresse respiratoire aiguë			Pancréatite aiguë		
Lésion cardiovasculaire aiguë			Anosmie ou agueusie, ou les deux		
Trouble de la coagulation (y compris les événements thrombotiques)			Rhabdomyolyse		
Thrombose avec syndrome de thrombocytopenie / Thrombocytopenie immunitaire prothrombotique induite par le vaccin			Vascularite cutanée sur un seul organe		
			Thyroïdite subaiguë		
			Érythème polyforme		
			Lésions semblables à une engelure		
			Myocardite / Péricardite		

5 - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

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

Enceinte au moment de la vaccination	Oui	Non	Ne sait pas	Si oui, nombre de semaines de gestation

6 - DESCRIPTION PLUS DÉTAILLÉE DES MANIFESTATIONS INHABITUELLES

Veuillez 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.

--	--	--	--	--

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

Veuillez 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)	Nom et adresse du professionnel de soins de santé	
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)		
RÉSULTATS	Rétabli(e)	Pas encore rétabli(e) (décrire ci-dessous)	Invalidité / Incapacité persistante ou significative (décrire ci-dessous)	Inconnu	Décès (décrire ci-dessous)
Veuillez décrire :				Date (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.

Nom de famille du client / de la cliente	Prénom(s)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Page 2/3
--	-----------	--------------------------------	----------

RÉSERVÉ AU BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE. NE PAS TRANSMETTRE.

8 - RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE / DU MÉDECIN HYGIÉNISTE ADJOINT

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

Cocher toutes les mentions utiles

- Aucune recommandation
- Déterminer le titre d'anticorps protecteurs (préciser)
- Prochaine immunisation en milieu contrôlé
- Pas d'autre immunisation (Contre-indication ou série complète - préciser)
- Aucun changement au calendrier vaccinal
- Suivi actif de récurrence des MCI après le prochain vaccin
- Renvoi à un spécialiste (préciser)
- Autre (préciser)

Commentaires sur les recommandations du médecin hygiéniste adjoint

Médecin-hygiéniste ou remplaçant
Nom

Date (aaaa/mm/jj)

Signature