

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

DIRECTIVES : Pour des directives et des définitions plus détaillées, consulter le [guide de l'utilisateur](#) au :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/declaration-manifestations-cliniques-inhabituelles-suite-immunisation/guide-utilisateur-remplir-soumettre-rapports-declaration-mci.html>

Déclarer les MCI qui présentent un lien temporel avec un vaccin et qui ne peuvent être manifestement attribuées à d'autres causes. Il n'est pas nécessaire de prouver l'existence d'une relation de cause à effet, et le fait de présenter une déclaration ne suppose en rien l'existence d'une telle relation.

D'intérêt particulier sont les MCI qui :

- a. Réunissent un ou plusieurs critères de gravité
- b. Sont inattendues indépendamment de la gravité

Consulter la section des renseignements généraux du guide de l'utilisateur pour plus d'informations

Note :

- Les numéros ci-dessous correspondent aux numéros des sections du formulaire.
- Toutes les dates doivent être inscrites de la manière suivante : AAAA/MM/JJ.
- Sur la déclaration de MCI, cocher l'une des cases en haut à droite de la première page du formulaire pour indiquer s'il s'agit d'une déclaration initiale ou d'une déclaration de suivi. Pour toutes les déclarations de suivi, indiquer le numéro d'épisode unique.

- 1a. Le **Numéro d'épisode unique** est attribué par la province/le territoire. Le laisser en blanc, à moins d'être autorisé à attribuer un numéro.
- 1b. Le **Numéro de région** est le numéro correspondant à l'unité de santé publique locale. Le laisser en blanc si cela ne s'applique pas à votre région.
2. Le NIL D'IMPACT est attribué par les infirmières du programme de surveillance IMPACT (NIL : Numéro Inventaire Local).
3. Les renseignements contenus dans cette section sont confidentiels et doivent être utilisés **uniquement** par les responsables de la santé régionaux et/ou provinciaux/territoriaux.
- 4a. Indiquer la province/le territoire où le vaccin a été administré. Les abréviations sont acceptées.
- 4c. Donner tous les renseignements demandés dans le tableau. Pour le « N° de dose », indiquer le rang dans la série (1, 2, 3, 4 ou 5) ou « R » s'il s'agit d'une dose de rappel. Dans le cas d'un vaccin contre l'influenza, à moins que le patient ait reçu deux doses pendant la même saison, le « N° de dose » devrait être 1.
- 7a. Indiquer le principal impact des MCI sur les activités quotidiennes du patient évalué par le patient ou le parent/tuteur.
- 7c. Décrire en détail tout examen et traitement dans la section 10. Si le patient était déjà hospitalisé au moment de l'immunisation et que l'immunisation a entraîné une prolongation de l'hospitalisation, indiquer « A entraîné une prolongation de l'hospitalisation » et préciser le nombre de jours additionnels d'hospitalisation. Pour toutes les hospitalisations, indiquer la date de l'admission et la date du congé.
8. MH : médecin hygiéniste, MD : médecin, Inf : infirmière.
9. Choisir, à la section 9 (détails sur les MCI), la description qui correspond le mieux aux MCI déclarées. Consigner le temps écoulé avant l'apparition des signes/symptômes ainsi que leur durée en utilisant l'unité de temps qui convient le mieux : Jours, Heures ou Minutes. Consigner les détails supplémentaires concernant tout examen, traitement ainsi que toute autre information pertinente à la section 10.
10. Toutes les informations pertinentes pour les MCI, mais qui n'ont pas été entièrement saisies ailleurs ou qui nécessitent des explications supplémentaires doivent être consignées dans cette section. Documenter tous les détails connus de toute investigation ou traitement pour les MCI indiquées.
11. Cette section doit être remplie par le MH, le MD, l'Inf ou une personne désignée qui formulera des recommandations en matière de santé publique selon les meilleures pratiques provinciales/territoriales.
12. Les renseignements de cette section ne sont pas recueillis par l'ensemble des provinces et des territoires.

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

Une MCI doit être rapportée au Nouveau-Brunswick et doit être déclarée au médecin hygiéniste régional (NBIPG Politique 2.7).

Le délai pour la déclaration est de **1 jour ouvrable pour les MCI de nature grave** et de **5 jours ouvrables pour les autres MCI**.

Une fois rempli, le formulaire doit être retourné à votre bureau local de santé publique:

Zone	Adresse	Téléphone	Fax
Zone 1- Moncton	81 Albert Street, Bureau/Suite 300 Moncton, NB E1C 1B3	506-856-2401	506-856-3101
Zone 2 – Saint John	55 Union Street Saint John, NB E2L 5B7	506-658-2454	506-658-3067
Zone 3 - Fredericton	P.O. Box 500 300 St Mary's Street Room 1200 Fredericton, NB E3B 5H1	506-453-5200	506-444-5108
Zone 4 - Edmunston	121 Church Street Unit 330 Edmundston, NB E3V 1J9	506-735-2065	506-735-2340
Zone 5 - Campbellton	6 Arran Street 1 st Floor Campbellton, NB E3N 1K4	506-789-2266	506-789-2349
Zone 6 - Bathurst	165 St. Andrew Street Bathurst, NB E2A 1C1	506-547-2062	506-547-7459
Zone 7 - Miramichi	1780 Water Street Suite 300 Miramichi, NB E1N 1B6	506-778-6102	506-773-6611

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

- Déclaration initiale
 Déclaration de suivi (No d'épisode unique)

1a. N° d'épisode unique :

1b. N° de région # :

2. NIL d'IMPACT :

3. Identification du patient							
Prénom :	Nom de famille :	N° de carte santé :					
Adresse du domicile habituel :							
Province/territoire :	Code postal :	Téléphone : ()	-	(poste :)			
Source de l'information : Prénom :		Nom de famille :		Lien avec le patient :			
Coordonnées, si différentes :							
4. Information au moment de l'immunisation et de l'apparition des MCI							
4a. Au moment de l'immunisation : Prov/Terr où l'immunisation a eu lieu : _____ Date de l'administration du vaccin : (AAAA/MM/JJ) : ____ __ __ (h : <input type="radio"/> am / <input type="radio"/> pm) Date de naissance : (AAAA/MM/JJ) : ____ __ __ Âge : _____ Sexe : <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Autre <input type="checkbox"/> Enceinte au moment d'immunisation Gestation ____ semaines ____ jour							
4b. Antécédents médicaux (jusqu'à l'apparition des MCI) (Cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 10) <input type="checkbox"/> Médicament(s) pris en concomitance <input type="checkbox"/> Problèmes de santé/allergies connus <input type="checkbox"/> Maladie/lésion aiguë							
4c. Agents immunisants : Pour les vaccins contre la COVID-19, indiquer les informations concernant l'agent immunisant et le diluant sur des lignes séparées ci-dessous. Pour les vaccins nécessitant plusieurs doses, veuillez indiquer le numéro de la dose dans la série.							
Agent immunisants et le diluant (le cas échéant)	Nom commercial	Fabricant	N° de lot	N° de dose	Posologie (dose/unité)	Voie d'adm	Site
					/		
					/		
					/		
					/		
					/		
					/		
5. Erreurs d'immunisation				6. MCI antérieures			
Ces MCI sont-elles survenues à la suite d'une erreur d'immunisation? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui (Si Oui, cocher tout ce qui s'applique et préciser à la section 10) <input type="checkbox"/> Vaccin donné en dehors des limites d'âge recommandées <input type="checkbox"/> Produit périmé <input type="checkbox"/> Mauvais vaccin administré <input type="checkbox"/> Mauvaise voie d'administration <input type="checkbox"/> Dose dépassait celle recommandée pour l'âge <input type="checkbox"/> Mauvais interval entre les doses <input type="checkbox"/> Mauvaise quantité de diluant ajoutée <input type="checkbox"/> Autre, préciser _____				Des MCI sont-elles survenues après l'administration de doses précédentes de l'un des produits immunisants indiqués ci-dessus (tableau 4c)? (Cocher une seule réponse) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui (Préciser à la section 10) <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Ne s'applique pas (aucune dose antérieure)			

Note : Discuter avec le patient ou son parent/tuteur de la raison de déclaration et de la confidentialité de l'information

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

1a. N° d'épisode unique :

1b. N° de région # :

2. NIL d'IMPACT :

7. Répercussions des MCI, évolution et niveau de soins obtenus	
<p>7a. Répercussions des MCI : <i>(Cocher une seule réponse)</i></p> <p><input type="radio"/> Ne nuisent pas aux activités quotidiennes</p> <p><input type="radio"/> Nuisent aux activités mais n'empêchent pas les activités quotidiennes</p> <p><input type="radio"/> Empêchent les activités quotidiennes</p>	<p>7b. Évolution au moment du rapport : <i>(Préciser à la section 10 pour les items identifiés[†])</i></p> <p><input type="radio"/> Décès[†] Date : (AAAA/MM/JJ) : ____ __ __ </p> <p><input type="radio"/> Invalidité/incapacité permanente[†] <input type="radio"/> Pas encore rétabli[†]</p> <p><input type="radio"/> Rétablissement complet <input type="radio"/> Inconnu</p>
7c. Plus haut niveau de soins obtenus : <i>(Cocher une seule réponse)</i>	
<p><input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> Consultation téléphonique d'un professionnel de la santé</p> <p><input type="radio"/> Consultation non urgente <input type="radio"/> Consultation à l'urgence</p> <p><input type="radio"/> Hospitalisation (____ jours) OU <input type="radio"/> Prolongation de l'hospitalisation en cours (de ____ jours)</p> <p>Date de l'admission (AAAA/MM/JJ) : ____ __ __ Date du congé (AAAA/MM/JJ) : ____ __ __ </p>	
7d. Traitement reçu : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu <input type="radio"/> Oui <i>(Préciser à la section 10, incluant les auto-traitements)</i>	
8. Information sur le déclarant	
<p>Lieu de travail : <input type="radio"/> Cabinet du médecin/de l'infirmière praticienne <input type="radio"/> Santé publique (CLSC/CISSS/CIUSSS) <input type="radio"/> Hôpital <input type="radio"/> Santé du travail</p> <p><input type="radio"/> Autre, préciser : _____</p> <p>Nom : _____ Tél : () - (poste :) Fax : () -</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____ Prov/Terr : _____ Code postal : _____ Date de la déclaration (AAAA/MM/DD) : ____ __ __ </p> <p>Signature : _____ <input type="radio"/> MD <input type="radio"/> RN <input type="radio"/> IMPACT <input type="radio"/> Pharmacien <input type="radio"/> Autre, préciser : _____</p>	
<p>9. Détails des MCI : Compléter toutes les sections comme approprié; pour chacune, cocher tous les signes/symptômes qui s'appliquent. Les manifestations avec astérisque (*) devraient être diagnostiquées par un médecin. Sinon, fournir des renseignements suffisants pour appuyer les manifestations choisies. Utiliser la Section 10 pour le détail clinique et les résultats des tests.</p>	
<input type="checkbox"/> 9a. Réaction locale au niveau ou près du site de vaccination	<p>Délai : __M __H __ Jours entre l'immunisation et l'apparition du 1^{er} symptôme ou signe</p> <p>Durée : __M __H __ Jours de l'apparition du 1^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signes</p>
<p><input type="checkbox"/> Abscess infecté <input type="checkbox"/> Abscess stérile <input type="checkbox"/> Cellulite <input type="checkbox"/> Nodule <input type="checkbox"/> Atteinte articulaire <input type="checkbox"/> Lymphadénite</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____</p>	
<p><i>Pour toute réaction au site de vaccination, cocher toutes les cases qui s'appliquent ci-dessous et préciser à la section 10 :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Enflure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Sensibilité <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Induration <input type="checkbox"/> Éruption</p> <p><input type="checkbox"/> Diamètre le plus grand de la réaction au point d'injection : ____ cm, Site(s) de la réaction ____ (p. ex. BG, BD)</p> <p><input type="checkbox"/> Fluctuation palpable <input type="checkbox"/> Visible par imagerie (p. ex. IRM,CT, échographie) <input type="checkbox"/> Drainage spontané/chirurgical</p> <p><input type="checkbox"/> Résultats microbiologiques <input type="checkbox"/> Traînées lymphangitiques <input type="checkbox"/> Adénopathie régionale</p>	

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

1a. N° d'épisode unique :

1b. N° de région # :

2. NIL d'IMPACT :

9b. Réaction Allergique et autres MCI allergiques		Délai : __M __H __ Jours entre l'immunisation et l'apparition du 1 ^{er} symptôme ou signe	
		Durée : __M __H __ Jours de l'apparition du 1 ^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signés	
Cocher une seule réponse : <input type="radio"/> Anaphylaxie <input type="radio"/> Syndrome oculo-respiratoire (SOR) <input type="radio"/> Autres MCI allergiques			
Peau/muqueuse	<input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Sensation de picotements <input type="checkbox"/> Bouffées vasomotrices <input type="checkbox"/> Autre éruption <input type="radio"/> Généralisée <input type="radio"/> Localisée (site) _____		
	<input type="checkbox"/> Angioedème : <input type="checkbox"/> Langue <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Luette <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/> Lèvres <input type="checkbox"/> Paupières <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Membres <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____		Les yeux : <input type="checkbox"/> Rougeur bilatérale <input type="checkbox"/> Rougeur unilatérale <input type="checkbox"/> Démangeaison
Cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Hypotension mesurée <input type="checkbox"/> Pouls faible <input type="checkbox"/> Temps de remplissage capillaire >3 sec <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> ↓ ou perte de conscience (Durée) _____		
Respiratoire	<input type="checkbox"/> Éternuement <input type="checkbox"/> Rhinorrhée <input type="checkbox"/> Voix rauque <input type="checkbox"/> Sensation de serrement de la gorge <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Toux sèche <input type="checkbox"/> Tachypnée <input type="checkbox"/> Respiration sifflante <input type="checkbox"/> Tirage/rétraction <input type="checkbox"/> Expiration laborieuse <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Mal de gorge <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer <input type="checkbox"/> Oppression thoracique		
Digestif	<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissement		
9c. Manifestations neurologiques		Délai : __M __H __ Jours entre l'immunisation et l'apparition du 1 ^{er} symptôme ou signe	
		Durée : __M __H __ Jours de l'apparition du 1 ^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signés	
<input type="checkbox"/> Méningite * <input type="checkbox"/> Encéphalopathie/encéphalite * <input type="checkbox"/> Syndrome de Guillain-Barré (SGB) * <input type="checkbox"/> Paralysie de Bell * <input type="checkbox"/> Autre paralysie * <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> Anesthésie <input type="checkbox"/> Paresthésie <input type="checkbox"/> Myélite/myélite transverse* <input type="checkbox"/> Panencéphalite sclérosante subaiguë* <input type="checkbox"/> Autre diagnostic neurologique *, préciser : _____			
<input type="checkbox"/> Diminution/altération de l'état de conscience <input type="checkbox"/> Léthargie <input type="checkbox"/> Changement de la personnalité pendant ≥ 24 heures <input type="checkbox"/> Signe(s) neurologique(s) en foyer ou à foyers multiples <input type="checkbox"/> Fièvre (≥ 38,0 °C) <input type="checkbox"/> Anomalie du LCR <input type="checkbox"/> Anomalie à l'EEG <input type="checkbox"/> Anomalie à l'EMG <input type="checkbox"/> Anomalie à la neuroimagerie <input type="checkbox"/> Anomalie histopathologique du cerveau/de la moelle épinière <input type="checkbox"/> Engourdissement <input type="checkbox"/> Picotement <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Fourmillements <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____			
Type de crise convulsive :			
<input type="checkbox"/> Convulsion partielles OU <input type="checkbox"/> Convulsion Généralisée (Préciser : <input type="checkbox"/> Toniques <input type="checkbox"/> Cloniques <input type="checkbox"/> Tonico-cloniques <input type="checkbox"/> Atoniques <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Myocloniques)			
Détails des convulsions :			
Perte de conscience soudaine <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu Observées par un professionnel de la santé <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Inconnu Antécédents de convulsions (Préciser : <input type="checkbox"/> Fébriles <input type="checkbox"/> Afébriles <input type="checkbox"/> Nature inconnue <input type="checkbox"/> Aucun)			
9d. Autre MCI		Délai : __M __H __ Jours entre l'immunisation et l'apparition du 1 ^{er} symptôme ou signe	
		Durée : __M __H __ Jours de l'apparition du 1 ^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signés	
<input type="checkbox"/> Épisode hypotonique-hyporéactif (âge < 2 ans) : <input type="checkbox"/> Flaccidité <input type="checkbox"/> Pâleur/cyanose <input type="checkbox"/> Réponse ↓/absente			
<input type="checkbox"/> Pleurs persistants (Pleurs constants et inchangés ≥ 3 heures)		<input type="checkbox"/> * Invagination intestinale	
<input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Rougeur articulaire <input type="checkbox"/> Chaleur de l'articulation au toucher <input type="checkbox"/> Douleur articulaire <input type="checkbox"/> Gonflement articulaire <input type="checkbox"/> Modification inflammatoire du liquide synovial			
<input type="checkbox"/> Parotidite (Enflure de la glande parotide avec douleur et/ou sensibilité)		<input type="checkbox"/> Éruption (Non-allergique) <input type="checkbox"/> Généralisée <input type="checkbox"/> Localisée (ailleurs qu'au site d'injection)	

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

1a. N° d'épisode unique :

1b. N° de région # :

2. NIL d'IMPACT :

<input type="checkbox"/> Thrombocytopénie*	<input type="checkbox"/> Preuve clinique de saignement	<input type="checkbox"/> Numération plaquettaire < 150 x 10 ⁹ /L
<input type="checkbox"/> Éruption petechiale	<input type="checkbox"/> Autres signes cliniques d'hémorragie	
<input type="checkbox"/> Vomissements sévères (Assez grave pour interférer avec les activités quotidiennes)	<input type="checkbox"/> Diarrhée sévère (Assez grave pour interférer avec les activités quotidiennes)	
<input type="checkbox"/> Fièvre ≥ 38,0 °C (Note : À déclarer seulement si la fièvre est associée à un autre effet devant faire l'objet d'une déclaration. Signaler la fièvre associée à une manifestation neurologique à la section 9d.)		
<input type="checkbox"/> Autre(s) MCI graves ou inattendues non mentionnées dans ce formulaire (Spécifier et fournir des détails dans la section 10)		
<input type="checkbox"/> 9e. Effets secondaires d'importance particulière (ESIP) liés à la COVID-19 À déclarer uniquement après l'administration du vaccin contre la COVID-19 : Veuillez indiquer si l'une des situations suivantes a été diagnostiquée par un médecin. Veuillez consulter https://brightoncollaboration.us/covid-19/ pour la liste la plus à jour des ESIP de COVID-19 et les définitions de cas détaillées. La déclaration des signes, symptômes et investigations conduisant au diagnostic d'un ESIP doit être détaillée ci-dessus et ci-dessous dans la section 10.		
Délai : __M __H __Jours entre l'immunisation et l'apparition du 1 ^{er} symptôme ou signe Durée : __M __H__ Jours de l'apparition du 1 ^{er} symptôme/signé à la disparition de tous les symptômes/signes		
<input type="checkbox"/> Maladie aggravée par la vaccination <input type="checkbox"/> Syndrome inflammatoire multisystémique (MIS) chez l'enfant (MIS-C) <input type="checkbox"/> Syndrome inflammatoire multisystémique (MIS) chez l'adulte (MIS-A) <input type="checkbox"/> Lésion cardiovasculaire aiguë (microangiopathie, insuffisance cardiaque, Cardiomyopathie de stress, arythmie coronarienne, myocardite/péricardite) <input type="checkbox"/> Trouble de la coagulation (thromboembolie, hémorragie) <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale aiguë <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique aiguë <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Anosmie, agueusie <input type="checkbox"/> Engelures – semblables à des lésions <input type="checkbox"/> Vascularite cutanée à organe unique <input type="checkbox"/> Erythème polymorphe <input type="checkbox"/> Meningo-encéphalite <input type="checkbox"/> Encéphalomyélite aiguë disséminée <input type="checkbox"/> Thyroïdite subaiguë <input type="checkbox"/> Pancréatite	
<input type="checkbox"/> 9f. Informations supplémentaires pour les MCI à la suite des vaccins contre la variole À ne collecter <u>qu'en cas</u> d'immunisation avec des vaccins antivarioliques : a) Le vaccin a-t-il été reçu <input type="checkbox"/> comme prophylaxie pré-exposition ou comme <input type="checkbox"/> prophylaxie post-exposition (PPE) b) Pour la PPE, précisez le nombre de jours pour l'apparition des symptômes depuis l'exposition (en comptant l'exposition comme le jour 0): _____ c) Le client a-t-il déjà reçu des doses de vaccin antivariolique (vaccins antivariolique de première ou deuxième génération ou Imvamune) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser le type de vaccin, le numéro de lot et la date de vaccination : _____ _____ d) Précisez la présentation clinique, l'évolution et la durée des symptômes, le diagnostic présumé (si disponible) et les traitements reçus : _____ _____		

