

En vertu de la Loi sur la santé publique, l'information sur l'administration de chaque vaccin financé par l'État doit être transmise à Santé publique Nouveau-Brunswick dans la semaine suivant l'acte.

Un fournisseur qui n'a pas accès à la Solution d'information sur la santé publique (SISP) doit envoyer le présent formulaire à l'équipe de saisie des données d'abord par télécopieur au **1-833-415-1830**, accompagné d'un bordereau indiquant le nom de l'établissement ou du centre de vaccination et du nombre consentements sur papier qui sont envoyés. **Le fournisseur doit ensuite envoyer un courriel** à l'adresse coviddataentry@gnb.ca pour préciser qu'il a envoyé les consentements sur papier par télécopie. Un fournisseur qui n'est pas en mesure d'envoyer les documents par télécopie doit envoyer un message à l'adresse coviddataentry@gnb.ca pour demander la marche à suivre pour l'envoi de consentements sur papier par la poste.

Remarque : Il n'est pas nécessaire que le présent formulaire d'administration soit rempli pour les vaccins antigrippaux, antipneumococciques et contre la COVID administrés par un pharmacien qui saisit l'information sur l'immunisation dans le Système d'information sur les médicaments (SIM) ni par un médecin ou une infirmière praticienne qui soumet une facture à l'Assurance-maladie.

TOUS les vaccinés qui utilisent ce formulaire administratif doivent avoir mis en place un processus de consentement pour les trois vaccins individuels (c'est-à-dire qu'ils doivent savoir quelles questions poser en fonction du vaccin administré, ce qui inclut la fourniture d'informations détaillées sur le vaccin de cette année).

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU CLIENT

Nom de famille		Prénom		Numéro d'assurance-maladie	
N° de téléphone à domicile	N° de téléphone cellulaire	Adresse électronique		Site d'immunisation (nom du foyer de soins, de l'établissement résidentiel pour adultes, etc.)	
Adresse municipale			Ville	Province	Code postal
Date de naissance (AAAA/MM/DD)	Sexe Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Client du Programme extra-mural Oui <input type="checkbox"/>		
Raison de la vaccination Confiné à domicile <input type="checkbox"/> Établissements résidentiels pour adultes <input type="checkbox"/>					

SECTION 2 : CONSENTEMENT (n'est pas nécessaire si l'établissement a son propre processus de consentement)

CONSENTEMENT pour recevoir un VACCIN ANTIGRIFFAL, ANTIPNEUMOCOCCIQUE OU CONTRE LA COVID-19	
Je, nom du résident ou du mandataire spécial (en caractères d'imprimerie clairs) _____	
CONSENS à recevoir le vaccin: 1. antigrippal et/ou <input type="checkbox"/> 2. le vaccin antipneumococcique et/ou <input type="checkbox"/> 3. le vaccin contre la COVID-19 <input type="checkbox"/>	
NE CONSENS PAS à recevoir l'un de ces vaccins. <input type="checkbox"/>	
Signature du résident ou du mandataire spécial : _____ Date : _____	

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

SECTION 3 - ADMINISTRATION DE VACCINS

Vaccins antigrippal	N° de lot et date d'expiration	Site	Voie d'administration	Dose (ml)	Date (AAAA/MM/DD)	Heure	Nom et signature du vaccinateur en caractères d'imprimerie
Fluzone à haute dose (65 ans ou plus)		Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/>	0.7 ml			
Fluzone Quad		Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/>	0.5 ml			
FluLaval Tetra		Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/>	0.5 ml			
FluMist VVAI-Q (de 2 à 17 ans seulement)		Voie intranasale	Intranasally	0.2 ml (0.1 ml par narine)			
Vaccin antipneumococcique	N° de lot et date d'expiration	Site	Voie d'administration	Dose (ml)	Date (AAAA/MM/DD)	Heure	Nom et signature du vaccinateur en caractères d'imprimerie
Pneumovax 23		Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/>	ml ml			
Vaccins contre la COVID-19	N° de lot et date d'expiration	Site	Voie d'administration	Dose (ml)	Date (AAAA/MM/DD)	Heure	Nom et signature du vaccinateur en caractères d'imprimerie
Pfizer Comirnaty Moderna Spikevax Novavax Nuvaxovid		Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/>	IM <input type="checkbox"/>	ml ml			

SAISIE DE DONNÉES dans la SOLUTION D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE (SISP)

Vaccins saisis Oui <input type="checkbox"/>	Date de saisie (AAAA/MM/JJ)	Nom de la personne qui a saisi ces données dans le SISP (en caractères d'imprimerie)
--	-----------------------------	--