

## 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"> <li>- ARN messenger (Moderna et Pfizer-BioNTech)</li> </ul> <p><b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vecteur viral (AstraZeneca et Covishield)</li> </ul> <p><b>À noter :</b> 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 <b>PIQ</b> (Moderna et Pfizer-BioNTech)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul> <p>Contre-indications aux vaccins à vecteur viral définies dans le <b>PIQ</b> (AstraZeneca et Covishield)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anaphylaxie suivant l'administration d'une dose antérieure du même vaccin ou d'un autre produit ayant un composant identique, incluant le Polysorbate</li> <li>• Antécédent d'allergie immédiate (&lt; 1 heure) légère ou modérée (non anaphylactique) après l'administration d'un vaccin contenant du Polysorbate</li> <li>• 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</li> <li>• Antécédent de thrombocytopénie induite par l'héparine</li> <li>• Antécédent de syndrome de fuite capillaire idiopathique (maladie de Clarkson)</li> </ul> |
| <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   |