

Procédure d'utilisation Formulaire AS-624 - Zona



Ce document pratique s'adresse à toutes personnes procédant à l'évaluation ou à la vaccination du citoyen (évaluateur, vaccinateur et injecteur) dans le cadre de la campagne de vaccination contre le zona.

1. Arrivée du patient - formulaire autogénéré	2
2. Accès aux formulaires	2
3. Votre profil	3
4. Gabarit de saisie rapide	3
5. Rechercher un formulaire	4
6. Remplir le formulaire	5
6.1 Renseignements personnels	5
6.2 Informations générales	5
6.3 Questionnaire pré-immunisation	6
6.4 Raison d'administration	6
6.5 Consentement / Décision	7
6.7 Information sur l'intervenant qui a administré le vaccin	8
6.8 Notes	8
7. Finaliser le formulaire	9
8. Impression / téléchargement du formulaire	9
9. Accès via menu Suivi	10
10. Vidéos de formation	10
11. Conclusion	10

1. Arrivée du patient - formulaire autogénéré

Accueil

À partir du menu **Suivi**, lors de l'arrivée du citoyen, suite à la recherche du rendez-vous, cliquez sur la case à cocher à côté du nom du patient pour indiquer la **présence**.



Important : La modification du statut client à **présent** permet de commencer la création du formulaire uniformisé (AS-624) et de le compléter.



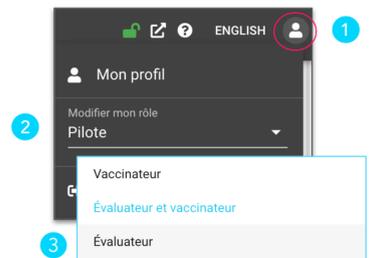
2. Accès aux formulaires

Évaluation du patient

Vaccination du patient

A. Assurez-vous de modifier votre **rôle** à l'aide de l'icône utilisateur (*en haut à droite*) si vous avez plus d'un rôle.

Voici un tableau aide-mémoire du rôle en fonction de la section à compléter:

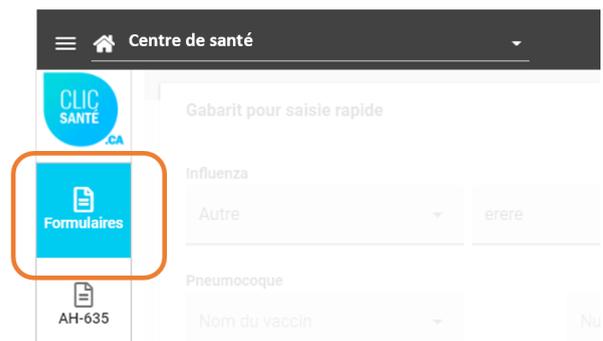


Section du formulaire AH-650	Généré par Clic Santé	Évaluateur	Vaccinateur	Évaluateur / Vaccinateur	Injecteur
Informations générales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Questionnaire de pré immunisation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Raison d'administration		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Consentement / Décision		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Information sur le professionnel qui obtient le consentement		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Détails du vaccin administré - Nom du vaccin seulement		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Détails du vaccin administré - (sauf nom du vaccin)			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Information sur l'intervenant qui a administré le vaccin			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Information sur le vaccinateur			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Nouveauté!

B. Choisissez l'onglet **Formulaires** (anciennement appelé "AH-650").

L'onglet vous donnera accès à tous les formulaires contre l'influenza (**AH-650**) et à tous les formulaires contre le zona (**AS-624**) de tous les lieux où vous avez des permissions.



3. Votre profil

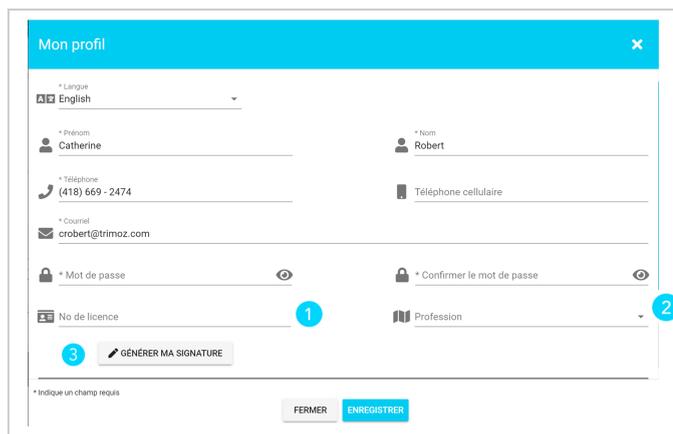


Si votre profil n'est pas complété, un message s'affichera.



Cliquez sur *Compléter mon profil* pour ajouter les informations suivantes :

- Votre numéro de licence
- Votre profession
- Votre signature électronique



Grâce aux informations de votre profil, vous pourrez ajouter ceux-ci automatiquement dans le formulaire de travail en cours en un clic.

4. Gabarit de saisie rapide

Il n'y a actuellement **pas** de gabarit de saisie rapide pour le formulaire AS-624 - *Formulaire de vaccination unifié*.

Une mise à jour est prévue afin de rendre la fonctionnalité disponible aux utilisateurs.

5. Rechercher un formulaire

Évaluation du patient

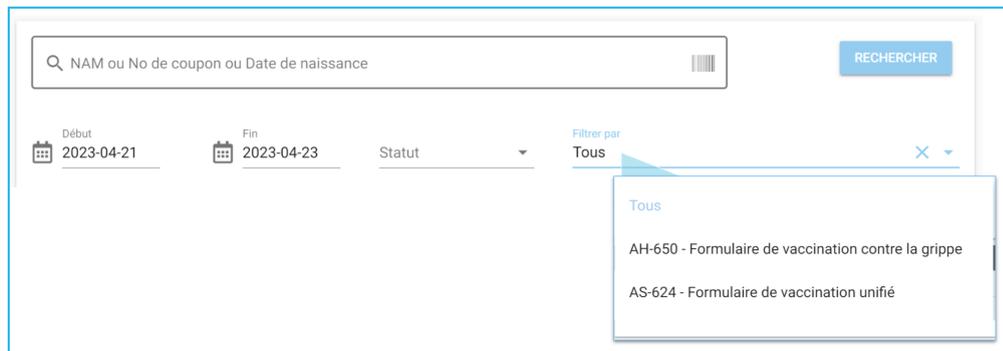
Vaccination du patient

Pour rechercher un formulaire précis, plusieurs possibilités s'offrent à vous :



- Dans la **barre de recherche** :
 - Par numéro d'assurance maladie
 - Par numéro de coupon
 - Par date de naissance
- Par date (**période**)
- Par **statut** (nouveau, évaluation en cours, etc.)
- Par **type de formulaire** :
 - Tous
 - AH-650 - Formulaire de vaccination contre la grippe
 - AS-624 - Formulaire de vaccination unifié

Nouveauté!



Cliquez sur Rechercher pour lancer la recherche.

RECHERCHER

Pour la recherche, assurez-vous d'inscrire une information complète (non partielle) et cliquez sur rechercher.

Exemple pour la recherche par numéro d'assurance maladie :

ABCD 0000 00000

ABCD 0000

Lorsque le formulaire du patient est localisé, cliquez sur le symbole du crayon à droite pour le modifier et le compléter.

Les formulaires à compléter ont le statut Nouveau.

Nouveau

Formulaire	Statut	Heure du RDV	Prénom	Nom de famille	Date de naissance	NAM	Produit	Actions
AS-624 - Formulaire de vaccination unifié	Nouveau	2023-04-21 08:40	Marie	Koy	1943-01-01			

Rappel ! Le menu **Formulaires** vous permettra de rechercher un formulaire AH-650 ou AS-624 parmi l'ensemble des formulaires des applications auxquelles vous avez accès.

6. Remplir le formulaire

Voici le détail de chaque section du formulaire.

6.1 Renseignements personnels

 Évaluation du patient

Certains renseignements seront automatiquement préremplis. Assurez-vous que tous les champs nécessaires sont complétés.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
* Numéro de dossier	
* Nom et prénom de l'utilisateur Marie Koy	
* Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père (optionnel)	
* Date de naissance 1943-01-01	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
No d'assurance maladie	Expiration AAAA-MM
Adresse (No, rue) No, rue	
Ville Québec	Code postal A1A1A1
ClicSanté No. application 18	No. de coupon A5X8G4

6.2 Informations générales

 Évaluation du patient

Certains renseignements seront automatiquement préremplis. Assurez-vous que tous les champs nécessaires sont complétés.

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Usager apte de 14 ans ou plus	
* N° de téléphone résidence	Autre N° téléphone <input type="radio"/> Cellulaire <input type="radio"/> Travail
Adresse courriel crobert@trimoz.com	
Usager de moins de 14 ans ou usager majeur inapte	
Personne autorisée selon sa déclaration Inscrire le nom et le prénom	Adresse courriel
<input type="radio"/> Autorité parentale <input type="radio"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait) <input type="radio"/> Mandataire <input type="radio"/> Personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier <input type="radio"/> Proche parent du majeur inapte <input type="radio"/> Tuteur	
N° de téléphone résidence	Autre N° téléphone <input type="radio"/> Cellulaire <input type="radio"/> Travail

6.3 Questionnaire pré-immunisation

Évaluation du patient

Les réponses aux questions de pré-immunisation seront automatiquement préremplies si le patient a répondu à celles-ci lors de la réservation de son rendez-vous.

À noter : Une précision est requise pour chaque réponse 'OUI'.

* QUESTIONNAIRE PRÉ IMMUNISATION				
ÉLÉMENTS À VALIDER PAR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À PROCÉDER À LA VACCINATION	OUI	NON	S.O. ou NSP	PRÉCISION
1. * Problèmes de santé L'usager présente-t-il actuellement un changement dans son état de santé (par rapport à son état habituel)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précision
2. * Immunodépression L'usager présente-t-il un affaiblissement du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précision
3. * Réactions antérieures L'usager a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence ou a-t-il déjà eu, après l'administration d'un vaccin, une réaction assez grave qui a nécessité une consultation médicale?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précision
4. * Troubles de la coagulation L'usager présente-t-il des troubles de la coagulation nécessitant un suivi médical ou une prise d'anticoagulants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Précision
5. * Produit immunisant ou sanguin L'usager a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Précision
6. * Grossesse Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Précision
7. * Si l'usager est un enfant âgé de moins de six mois, la mère a-t-elle pris, pendant la grossesse, un agent biologique (ex. : Enbrel, Remicade, Humira) pour le traitement d'une maladie auto-immune (ex. : maladie de Crohn, polyarthrite rhumatoïde, lupus ou psoriasis)?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précision

6.4 Raison d'administration

Évaluation du patient

Vaccin zona : Une raison d'administration est requise.

RAISON D'ADMINISTRATION					
ZONA	<input type="radio"/> Immunodéprimé	INFLUENZA	<input type="radio"/> Résident en CHSLD	COVID-19	<input type="radio"/> Résident en CHSLD
	<input type="radio"/> Autres raisons		<input type="radio"/> Résident en RPA		<input type="radio"/> Résident en RPA
		<input type="radio"/> Femme enceinte	<input type="radio"/> DCAT	<input type="radio"/> Femme enceinte	MPOX
		<input type="radio"/> Travailleur de la santé		<input type="radio"/> Travailleur de la santé	
		<input type="radio"/> Maladie chronique		<input type="radio"/> Maladie chronique	<input type="radio"/> Préexposition - immunodéprimé
		<input type="radio"/> Autres raisons		<input type="radio"/> Autres raisons	<input type="radio"/> Préexposition - non immunodéprimé
					<input type="radio"/> Postexposition - immunodéprimé
					<input type="radio"/> Postexposition - non immunodéprimé
					<input type="radio"/> Autres raisons

6.5 Consentement / Décision

Évaluation du patient

- **Renseignements liés à la vaccination** : requis
- **Temps de surveillance** : un temps doit être sélectionné - requis
- **Décision** :
 - Consentement ou refus : requis - indiquez le ou les vaccin(s) si refus
 - Contre-indication : indiquez détail si contre-indication
 - Ne s'applique pas : à sélectionner lorsqu'il n'est pas nécessaire de prendre une décision (ex : le patient a déjà eu le vaccin).
- **Vaccination découle d'une recommandation du Bureau de Santé** : facultatif
- **Consentement / refus obtenu auprès de** : requis
- **Information sur le professionnel qui obtient le consentement** : requis, sauf si le consentement a été obtenu par téléphone.

[INSCRIRE MES INFORMATIONS](#)

Cliquez sur *Inscrire mes informations* afin de préremplir vos informations.

- **Consentement téléphonique** : requis, sauf si le consentement a été obtenu en présentiel. Inscrire le nom du témoin.



Cliquez sur *Inscrire mes informations* afin de préremplir vos informations.

* CONSENTEMENT/DÉCISION		
<input type="checkbox"/> Les renseignements sur les avantages et les risques de la vaccination, sur les réactions possibles et sur la conduite à tenir après la vaccination ont été donnés à l'utilisateur ou à son représentant légal.		
<input type="checkbox"/> Un temps de surveillance de 15 minutes sera observé après la vaccination		
<input type="checkbox"/> Un temps de surveillance de 30 minutes sera observé après la vaccination.		
DÉCISION		
* L'utilisateur ou son représentant légal :		
<input type="checkbox"/> Consent à la vaccination (ajoutez un commentaire si nécessaire) : _____		
<input type="checkbox"/> Refuse le ou les vaccins suivants : _____		
<input type="checkbox"/> A la contre-indication suivante : _____		
<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas		
LA VACCINATION DÉCOULE D'UNE RECOMMANDATION DU BUREAU DE SANTÉ		
Dans le cas d'un employé d'un établissement de santé :		
<input type="checkbox"/> Consent à ce que ces informations soient acheminées au bureau de santé		
* CONSENTEMENT/REFUS OBTENU AUPRÈS DE :		
<input type="radio"/> Usager <input type="radio"/> Autorité parentale <input type="radio"/> Conjoint (marié, union civile ou de fait) <input type="radio"/> Mandataire <input type="radio"/> Personne qui démontre pour le majeur inapte un intérêt particulier		
<input type="radio"/> Proche parent du majeur inapte <input type="radio"/> Tuteur		
INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT		INSCRIRE MES INFORMATIONS
<input type="radio"/> Infirmière <input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Inhalothérapeute <input type="radio"/> Sage-femme <input type="radio"/> Pharmacien		
* Nom du professionnel	* Signature :	* No de permis :
CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)		INSCRIRE MES INFORMATIONS
<input type="radio"/> Infirmière <input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Inhalothérapeute <input type="radio"/> Sage-femme <input type="radio"/> Pharmacien		Signature du professionnel
		Date
Nom du témoin :		Date

6.6 Détail des produits immunisants

- **Nom du produit immunisant** : Requis

Évaluation du patient

- **Date de vaccination** : préremplie - Requis
- **Heure de vaccination** : préremplie - Requis
- **No de lot** : préremplie (gabarit de saisie rapide)- Requis
- **Quantité / unité** : préremplie (gabarit de saisie rapide) - Requis
- **Voie d'administration** : préremplie (gabarit de saisie rapide)
- **Lieu de vaccination** : prérempli (lieu du rendez-vous).

Vaccination du patient

DÉTAIL DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS														
Catégorie de vaccin	Date de vaccination	Heure (00:00) de vaccination	Nom du produit immunisant (vaccin)	No de lot	Quantité / unité	Voie d'administration					Site d'administration			
						Intra-musculaire	Sous-cutané	Orale	Intra-nasal	Intra-dermique	Bras gauche	Bras droit	Cuisse gauche	Cuisse droite
Zona	AAAA-MM					<input type="checkbox"/>								
Lieu de vaccination : Place Test														

6.7 Information sur l'intervenant qui a administré le vaccin

Vaccination du patient

Cliquez sur *Inscrire mes informations* afin de préremplir vos informations.

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE VACCIN			
Nom :	Signature :	Profession :	No de permis :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[INSCRIRE MES INFORMATIONS](#)

6.8 Notes

Évaluation du patient

Vaccination du patient

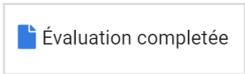
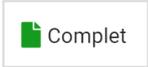
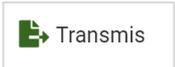
La section Notes est disponible au besoin.

Notes

7. Finaliser le formulaire

Le bas du formulaire affiche une série de fonctionnalités pour finaliser le formulaire.



- **Enregistrer** : vous pouvez en tout temps **enregistrer** le formulaire et revenir ultérieurement pour le compléter.
- **Enregistrer et terminer** : Pour **finaliser** le formulaire ou votre partie du formulaire, cliquez sur *enregistrer et terminer*.
 - Si le formulaire est enregistré et terminé par l'évaluateur, le statut passera à *évaluation complétée*. 
 - Lorsque le formulaire est terminé et signé par le vaccinateur, le statut passera à *Complet*. 
- **Masquer comme transmis** : Ce bouton est un aide-mémoire à l'intérieur du formulaire AS-624. Il vous permet de vous rappeler que le formulaire a été *transmis* au registre de vaccination, les deux logiciels (Clic Santé et SI-PMI) étant indépendants. 
- **Fermer** : vous permet de fermer la fenêtre du formulaire sans enregistrer.

8. Impression / téléchargement du formulaire

Il n'est actuellement **pas** possible de télécharger en PDF et d'imprimer le formulaire AS-624 - *Formulaire de vaccination unifié*. Une mise à jour est prévue afin de permettre aux utilisateurs de télécharger et de l'imprimer.

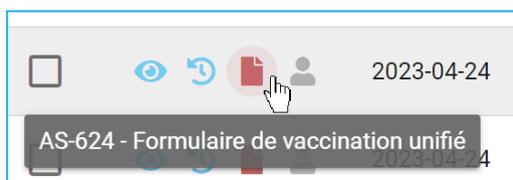
Formulaire	Statut	Heure du RDV	Prénom	Nom de famille	Date de naissance	NAM	Produit	Actions
AS-624 - Formulaire de vaccination unifié	 Nouveau	2023-04-21 08:40	Marie	Key	1943-01-01			 
AH-650 - Formulaire de vaccination contre la grippe	 Nouveau	2023-04-24 08:15	Christian	Bouchard				 

9. Accès vis menu Suivi

À partir du menu Suivi, il est possible de consulter et/ou modifier les formulaires AS-624, en fonction du rôle qui vous a été attribué.

- Rôle *Gestion #1* : Le formulaire est disponible pour **consultation seulement**
- Rôle *Gestion # 2* : Le formulaire est disponible pour **consultation seulement**
- Rôle *Gestion #2, évaluateur et vaccinateur* : Le formulaire est disponible pour **consultation et modification**

Gestion #2, évaluateur et vaccinateur



10. Vidéos de formation

Voici la liste des tutoriels disponibles :

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

- [Formulaire AS-624 - Accueil du patient \(Rôle Gestion 2\)](#) - 4 min
- [Formulaire AS-624 - Évaluation du patient \(Rôle Évaluateur\)](#) - 9 min
- [Formulaire AS-624 - Vaccination du patient \(Rôle Vaccinateur\)](#) - 6 min
- [Formulaire AS-624 - Évaluation et vaccination du patient \(Rôle Évaluateur et Vaccinateur\)](#) - 12 min

PHARMACIE :

- [Formulaire AS-624 - Accueil, évaluation et vaccination du patient \(Rôle Gestion 2, Évaluateur et Vaccinateur\)](#) - 16 min

11. Conclusion

Les informations contenues dans ce document vous seront utiles pour préparer le lancement de votre campagne contre le zona.

Si vous avez des questions concernant ce document ou la configuration de vos applications, nous vous invitons à communiquer avec le soutien technique en écrivant à support@clicsante.net. Il nous fera plaisir de vous renseigner et de vous accompagner.

*L'équipe de Soutien Technique & Communication
Spécialiste de l'expérience Client*