

Guide d'utilisation Formulaire de vaccination AS-624



Bonjour,

À la demande du Ministère de la Santé et des Services Sociaux, nous vous informons que le formulaire de vaccination AS-624 est maintenant disponible pour l'ensemble des services de vaccination, incluant la vaccination contre la COVID-19 et l'influenza.

Le formulaire de vaccination AS-624 permet d'enregistrer plusieurs vaccins dans le même formulaire (jusqu'à dix (10) vaccins par formulaire).

Nous vous invitons à partager ce document avec toutes les personnes de votre équipe au besoin.

Si vous avez des questions concernant ce guide ou la configuration de vos applications, nous vous invitons à communiquer avec le support technique en écrivant à support@clicsante.net ou en communiquant directement avec un agent du support technique entre 8h et 17h les jours ouvrables, au **1-450-977-2672** Poste #2. Il nous fera plaisir de vous renseigner et de vous accompagner.

L'équipe Support Technique & Communication
Spécialiste de l'expérience client

Table des matières

1. Informations importantes	3
1.1 Un formulaire pour tous les types de vaccins	3
1.2 Formulaire multivaccins	3
1.3 Accès aux formulaires	3
2. Arrivée du patient - formulaire autogénéré	4
3. Accès aux différentes sections du formulaire	4
4. Votre profil	5
5. Gabarit de saisie rapide	5
6. Rechercher un formulaire	6
7. Remplir le formulaire	7
7.1 Renseignements personnels	7
7.2 Informations générales	7
7.3 Questionnaire préimmunisation	8
7.4 Raison d'administration	8
7.5 Consentement / Décision	9
7.6 Détail des produits immunisants	10
7.7 Information sur l'intervenant qui a administré le vaccin	10
7.8 Notes	11
8. Finaliser le formulaire	11
9. Impression / téléchargement du formulaire	12
10. Conclusion	12

1. Informations importantes

Dans cette section, vous trouverez des informations importantes concernant le formulaire de vaccination AS-624. Nous vous invitons à prendre connaissance des différents points.

1.1 Un formulaire pour tous les types de vaccins

Dans le menu Suivi, lorsque vous indiquez la présence du citoyen à son rendez-vous, le système générera automatiquement le formulaire AS-624 pour tous les types de services :

Rendez-vous vaccin COVID-19	Formulaire AS-624
Rendez-vous vaccin Influenza	Formulaire AS-624
Autres rendez-vous de vaccination	Formulaire AS-624

À partir du 15 août, les services de vaccination COVID-19 (12 ans et plus, 5 à 11 ans et 6 mois à 4 ans) ainsi que le service de vaccination Influenza ne généreront plus les formulaires de vaccination AH-635 et AH-650.

1.2 Formulaire multivaccins

Dans le formulaire AS-624, il est possible d'ajouter d'autres vaccins que celui initialement prévu.

Exemple

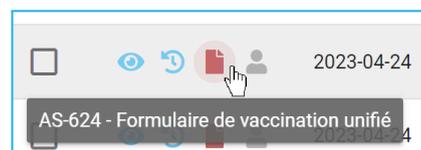
Un citoyen réserve un rendez-vous pour le vaccin zona. Suite à l'évaluation de son carnet vaccinal, il doit recevoir une dose de rappel COVID-19 et de tétanos. Le professionnel peut inscrire les trois vaccins dans le même formulaire AS-624 (Il n'est pas nécessaire d'enregistrer de rendez-vous pour les vaccins supplémentaires).

1.3 Accès aux formulaires

Il est possible d'accéder aux formulaires AS-624 via différents menus.

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. Cliquez sur l'icône du formulaire.



Menu Formulaires

Dans le menu *Formulaires*, vous aurez accès à tous les formulaires de tous les lieux où vous avez des permissions. Utilisez les [fonctions de recherche](#) pour retracer le formulaire d'un citoyen.



2. 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 AS-624 et de le compléter.

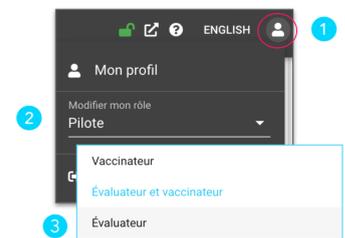


3. Accès aux différentes sections du formulaire

Évaluation du patient

Vaccination du patient

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



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

4. Votre profil

- 👤 Évaluation du patient
- 👤 Vaccination du patient

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.

5. Gabarit de saisie rapide

Un gabarit de saisie rapide est disponible pour le formulaire AS-624 - *Formulaire de vaccination* et peut contenir jusqu'à 10 vaccins. Pour une recherche rapide, les vaccins sont classés selon les [catégories établies par le Protocole d'immunisation du Québec](#) :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> A. COVID-19 B. Diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B, poliomyélite et H. influenzae de type b C. Influenza D. Hépatites E. Méningocoque F. MPOX G. Pneumocoque | <ul style="list-style-type: none"> H. Rage I. Rotavirus J. Rougeole, rubéole, oreillons et varicelle K. Voyageurs L. Tuberculose M. Virus du papillome humain N. Zona |
|---|--|

Choisissez "AS-624 - Formulaire de vaccination unifié" puis sélectionnez les différents champs:

- Catégorie de vaccin
- Nom du produit immunisant (vaccin)
- Numéro de lot
- Quantité / Unité
- Voie d'administration

Filter par

AS-624 - Formulaire de vaccination unifié X ▾

Catégorie de vaccin	Nom du produit immunisant (vaccin)	No de lot	Quantité / unité	Voie d'administration
▾	▾			▾ 🗑️

6. 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**
- Par **catégories de vaccins**
 - La recherche par catégorie de vaccin vous permet de retracer un formulaire à une date antérieure.

Nouveauté!

RECHERCHER

Début
2023-06-22

Fin
2023-06-24

Statut ▼

Filtrer par ▼

Catégories de Vaccin ▼

Cliquez sur Rechercher pour lancer la recherche.

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*.



Formulaire	Statut	Heure du RDV ↑	Prénom	Nom de famille	Catégorie	Actions
AS-624 - Formulaire de vaccination unifié	Nouveau	2023-06-21 07:30			Zona	✎ 📄

Résultats par page: 25 ▼ 1-1 of 1 < >

Rappel ! Le menu **Formulaires** permet de rechercher un formulaire parmi l'ensemble des formulaires (AH-635, AH-650 et AS-624) dans les applications auxquelles vous avez accès.

7. Remplir le formulaire

Afin de vous accompagner dans la complétion du formulaire, voici le détail et la description de chacune des sections du formulaire.

7.1 Renseignements personnels

Évaluation du patient

La section *Renseignements personnels* permet de s'assurer que tous les renseignements nécessaires ont été collectés. Certains renseignements seront automatiquement préremplis. Assurez-vous que tous les champs nécessaires sont complétés.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
* Numéro de dossier	
* Nom et prénom de l'usager 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

7.2 Informations générales

Évaluation du patient

La section *Informations générales* contient les coordonnées du patient et le consentement pour les usagers de moins de 14 ans ou les usagers majeurs inaptes. 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

7.3 Questionnaire préimmunisation

Évaluation du patient

Le *questionnaire préimmunisation* est un aide-mémoire des éléments à valider par le professionnel habilité à procéder à la vaccination. Les réponses aux questions de préimmunisation seront automatiquement préremplies si le patient a répondu à celles-ci lors de la réservation de son rendez-vous.

* 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 checked="" type="radio"/>	<input 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 checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Précision
6. * Grossesse Si l'usager est une femme, est-elle présentement enceinte?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input 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

Légende: S.O. : Sans objet, NSP: Ne s'applique pas

7.4 Raison d'administration

Évaluation du patient

Dans la section *Raison d'administration*, indiquez la raison d'administration pour les vaccins suivants:

- Zona
- Influenza
- DCAT
- COVID-19
- Mpox

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

7.5 Consentement / Décision

Évaluation du patient

La section consentement / décision est une section importante dans le processus d'évaluation du patient. Voici les champs à remplir:

- **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.

[INSCRIRE MES 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		
<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 :
<input type="text"/>		
CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE		
(Compléter cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)		
<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
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nom du témoin :		
<input type="text"/>		Date
<input type="text"/>		<input type="text"/>

7.6 Détail des produits immunisants

Cette section permet d'indiquer le détail du produit immunisant et ses caractéristiques. Voici les différents champs à compléter:

- **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-cutanée	Orale	Intra-nasal	Intra-dermique	Bras gauche	Bras droit	Cuisse gauche	Cuisse droite
Diphtérie, coquel	2023-06-23	13:50				<input type="checkbox"/>								
Hépatites	AAAA-MM-					<input type="checkbox"/>								
Zona	AAAA-MM-					<input type="checkbox"/>								
	AAAA-MM-					<input type="checkbox"/>								

Vous pouvez enregistrer jusqu'à 10 vaccins dans le formulaire. Dès que vous ajoutez une nouvelle catégorie de vaccins, une nouvelle entrée (nouvelle ligne) s'ajoute. Si vous avez ajouté une entrée par erreur, effacez la catégorie du vaccin.

Prendre note!



Les catégories de vaccins seront présélectionnées selon le rendez-vous.

7.7 Information sur l'intervenant qui a administré le vaccin

Vaccination du patient

La section *Information sur l'intervenant qui a administré le vaccin* permet de signer le formulaire. 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](#)

7.8 Notes

 Vaccination du patient

 Évaluation du patient

La section Notes est disponible au besoin.

Notes

8. Finaliser le formulaire

Au bas du formulaire s'affiche une série de fonctionnalités pour finaliser le formulaire.

ENREGISTRER

ENREGISTRER ET TERMINER

MARQUER COMME TRANSMIS

FERMER

- **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.

 Évaluation complétée

 Complet

 Transmis

9. Impression / téléchargement du formulaire

Il est possible de télécharger en PDF et d'imprimer le formulaire de vaccination AS-624 .

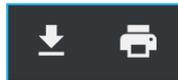
Choisissez le bon formulaire, puis sélectionnez l'icône de la page au bout à droite.

Formulaire	Statut	Heure du RDV ↑	Prénom	Nom de famille	Catégorie	Actions
AS-624 - Formulaire de vaccination unifié	Complet	2023-06-21 07:30			Zona Influenza	 

Résultats par page: 25 1-1 of 1

Le formulaire s'ouvrira dans un nouvel onglet. Vous pourrez, par la suite, choisir le type d'action à effectuer:

- Imprimer
- Télécharger



10. Conclusion

Les informations contenues dans ce document vous seront utiles pour toutes vos campagnes de vaccination.

Pour toutes questions concernant la présente communication, nous vous invitons à communiquer avec nous par téléphone au 1-450-977-2672 poste #2 ou par courriel à l'adresse suivante: support@clicsante.net. Il nous fera plaisir de vous renseigner et de vous accompagner.