

DÉCLARATION DE MANIFESTATIONS CLINIQUES INHABITUELLES (MIC) À LA SUITE D'UNE IMMUNISATION

Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à votre [bureau local de santé publique](#) par voie sécurisée. Pour obtenir plus d'information sur la déclaration de MCI en Ontario, consultez le site Web de [Santé publique Ontario](#).

N° de cas (réservé au bureau)

1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT / LA CLIENTE				
Nom de famille du client / de la cliente	Prénom(s)	N° de la carte Santé de l'Ontario	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe Homme Femme
Nom de famille du père ou de la mère / du tuteur ou de la tutrice		Prénom du père ou de la mère / du tuteur ou de la tutrice		N° de téléphone
Adresse			Ville	Code postal
Signalé à la santé publique par		Lien avec le cas		Date de la déclaration (aaaa/mm/jj)
Formulaire rempli par		Coordonnées (si elles diffèrent des coordonnées plus haut)		

2 - RENSEIGNEMENTS SUR L'IMMUNISATION							
Date (aaaa/mm/jj)	Heure (24 h - HH:MM)	Agent et fabricant	N° du lot	Date d'exp. (aaaa/mm/jj)	N° de la dose	Site	Voie d'admin.
Erreur d'immunisation Non Ne sais pas Oui* Décrire dans la section 4		MCI antérieures Non Ne sais pas Oui* Décrire dans la section 4			Vaccin administré par		

3 - RENSEIGNEMENTS SUR LA MANIFESTATION (RÉACTION) INHABITUELLE	
<p>Ne déclarer que les manifestations cliniques ne pouvant pas être attribuées à des affectations coexistantes. Les réactions suivies d'un astérisque doivent être diagnostiquées par un médecin. Indiquer le décal d'apparition de la manifestation (décal écoulé entre l'administration du vaccin et l'apparition de chaque manifestation) et la durée de chaque manifestation en minutes ou en heures ou en jours. Décal ou durée inférieur à une heure : l'indiquer en minutes. Décal ou durée inférieur à 24 heures : l'indiquer en heures. Décal ou durée égal ou supérieur à 24 heures : l'indiquer en jours.</p>	

	En minutes, en heures ou en jours		En minutes, en heures ou en jours	
Réaction Locale au Niveau du Site d'Injection	Décal d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation	Réactions Allergiques	Décal d'apparition de la manifestation
Douleur/rougeur/enflure au-delà de l'articulation la plus proche			Manifestation gérée comme une anaphylaxie	
Douleur/rougeur/enflure durant 4 jours ou plus			Syndrome oculo-respiratoire	
Abcès infecté*			Réaction allergique - peau (p. ex., urticaire)	
Abcès stérile*			Manifestations Neurologiques	Décal d'apparition de la manifestation
Nodule			Convulsions	Durée de la manifestation
Cellulite*			Encéphalopathie / Encéphalite*	
Réactions Systémiques	Décal d'apparition de la manifestation	Durée de la manifestation	Méningite*	
Fièvre supérieure à 38,0°C (à déclarer seulement en présence d'une autre manifestation)			Anesthésie / paresthésie*	
Éruption			Paralysie*	
Adénopathie / Lymphadénopathie*			Paralysie de Bell*	
Épisode hypotonique-hyporéactif*			Syndrome de Guillain-Barré*	
Pleurs / Cris persistants			Myélite / Encéphalomyélite aiguë disséminée*	
Vomissements graves / Diarrhée (3 épisodes / 24 heures)			Autres Manifestations d'Intérêt	Décal d'apparition de la manifestation
Parotidite*			Thrombocytopénie*	Durée de la manifestation
			Arthrite / arthralgie*	
			Invagination intestinale*	
			Syncope avec blessure	
			Autres manifestations graves / inhabituelles	

4 - DESCRIPTION PLUS DÉTAILLÉE DES MANIFESTATIONS INHABITUELLES

Décrire de façon détaillée les manifestations et indiquer ce qui suit : ensemble des signes et symptômes, antécédents (p. ex., patient immunodéprimé, maladie chronique/affections sous-jacentes), médicaments pris en concomitance, enquêtes, traitements, précisions sur l'hospitalisation. Fournir une description des MCI antérieures ou des erreurs d'immunisation indiquées dans la section 2.

5 - TAUX D'UTILISATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ ET RÉSULTATS

Veuillez fournir des renseignements sur l'utilisation du système de soins de santé en ce qui a trait à ce cas.
Le bureau de santé publique remplit cette section quand l'enquête sur le cas a pris fin.

Consultation médicale (non urgente)	Oui	Non	Date (aaaa/mm/jj)	Nom et adresse du professionnel de soins de santé	
Consultation au service des urgences	Oui	Non	Date (aaaa/mm/jj)	Nom et adresse du milieu de soins de santé qui fournit des soins de santé (p. ex. nom de l'hôpital)	
Admission à l'hôpital à cause d'une réaction	Oui	Non	Date d'admission à l'hôpital (aaaa/mm/jj) Date du congé de l'hôpital (aaaa/mm/jj)		
RÉSULTATS	Rétabli(e)	Pas encore rétabli(e) (décrire ci-dessous)	Invalidité / Incapacité permanente (décrire ci-dessous)	Inconnu	Décès (décrire ci-dessous)
Veuillez décrire :				Date (aaaa/mm/jj)	

6 - RECOMMANDATIONS DU MÉDECIN-HYGIÉNISTE

Réservé exclusivement au bureau de santé publique. Cette section doit être remplie par le médecin-hygiéniste ou son remplaçant.

Cocher toutes les mentions utiles	Commentaires sur les recommandations du médecin-hygiéniste	
Aucune recommandation	Aucun changement au calendrier vaccinal	
Déterminer le titre d'anticorps protecteurs (préciser)	Suivi actif de récurrence des MCI après le prochain vaccin	
Prochaine immunisation en milieu contrôlé	Renvoi à un spécialiste (préciser)	
Pas d'autre immunisation (Contre-indication ou série complète - préciser)	Autre (préciser)	
Médecin-hygiéniste ou remplaçant		
Nom		Date (aaaa/mm/jj)
Signature		

Les renseignements personnels sur la santé figurant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et du Règlement de l'Ontario 569. Ces renseignements personnels sur la santé servent, d'une part, à signaler les manifestations cliniques inhabituelles pouvant nécessiter des enquêtes plus approfondies et, d'autre part, à assurer l'innocuité continue des vaccins sur le marché canadien grâce à la surveillance des manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'immunisations. Les renseignements recueillis peuvent être partagés avec l'Agence de la santé publique du Canada. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements personnels sur la santé, communiquez avec le bureau de santé publique de votre localité.