



4^e DOSE DE VACCIN CONTRE LA COVID-19 PROGRAMME SPÉCIALISÉ (MÉDECIN OU HÔPITAL)

FORMULAIRE D'ORIENTATION :

À noter :

- Le formulaire d'orientation doit être rempli **UNIQUEMENT** quand le vaccin ne peut être administré à l'interne par le médecin ou le programme spécialisé responsable des soins aux patients admissibles.
- Afin qu'une personne admissible puisse recevoir une 4^e dose ou une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19, le présent formulaire doit être **REPLI COMPLÈTEMENT**, signé et remis à la personne.
- Une fois rempli, le formulaire doit être transmis à la personne admissible en format papier ou par voie numérique en format PDF.
- La personne **DOIT** présenter le présent formulaire **OU** une preuve d'admissibilité au moment de son rendez-vous de vaccination.

Nom : _____

Date : ____ / ____ / ____
MM JJ AAAA

Adresse : _____

Numéro de carte Santé : _____

Suivant la recommandation du médecin-hygiéniste en chef et des experts en santé, l'Ontario offre une 4^e dose de vaccin contre la COVID-19 à certaines populations vulnérables chez qui elle peut s'avérer nécessaire pour fournir une protection suffisante en raison d'une réponse immunitaire aux vaccins qui est sous-optimale ou qui diminue avec le temps et d'un risque accru d'infection par la COVID-19.

ADMISSIBILITÉ :

Veillez consulter les [recommandations relatives à l'administration d'une 3^e dose de vaccin contre la COVID-19](#) du ministère de la Santé afin de déterminer si la personne est admissible à une 4^e dose ou à une dose de rappel de vaccin contre la COVID-19. Fournissez l'information pertinente ci-dessous :

LIEUX DE VACCINATION ET CONSIGNES AUX PATIENTS :

Composez le 705.522.9200 (1.866.522.9200, sans frais)
ou **consultez le www.phsd.ca**. La ligne est ouverte
du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.



POINTS TOUCHANT LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE ET CALENDRIER :

À noter : dans le cas des personnes admissibles, la 3^e dose peut être administrée au moins huit semaines (56 jours) après la 2^e dose. Il est possible d'administrer une 4^e dose ou une dose de rappel au moins trois mois (84 jours) après une série primaire de vaccination contre la COVID-19.

BESOINS LIÉS AU TRAITEMENT SPÉCIFIQUE :

- Aucun élément à prendre en compte
(La personne peut prendre rendez-vous selon sa convenance après la 3^e dose.)
- Oui, le traitement doit être pris en compte.
Exigences précises pour le calendrier :

CALENDRIER DE VACCINATION ET TYPE DE VACCIN :

1^{re} dose : **Type de vaccin :** _____

Date : ____/____/____
MM JJ AAAA

2^e dose : **Type de vaccin :** _____

Date : ____/____/____
MM JJ AAAA

3^e dose : **Type de vaccin :** _____

Date : ____/____/____
MM JJ AAAA

Nom du médecin : _____ N° de membre de l'Ordre : _____

Signature: _____

J'ai fourni des conseils sur les risques et les avantages d'une 4^e dose de vaccin contre la COVID-19 et le moment de la recevoir, en conformité avec les directives du gouvernement provincial. En signant, je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements indiqués précédemment sont véridiques et exacts.