Vaccin contre la Grippe

Renseignements sur la grippe

L'influenza, communément appelée la « grippe », est une maladie respiratoire grave causée par un virus. Elle se transmet facilement par la toux et les éternuements de même que par le contact direct avec des surfaces contaminées par le virus de l'influenza. Bien que certains symptômes ressemblent à ceux d'un rhume, la grippe peut être beaucoup plus grave, causant de la fièvre, des frissons, de la toux, des maux de gorge ou de tête et des douleurs musculaires. Ces complications se rencontrent le plus fréquemment chez les jeunes enfants, les personnes âgées et celles qui souffrent de problèmes de santé chroniques.

Le vaccin contre la grippe

Le vaccin ne contient que de petites particules du virus de la grippe; *il ne peut vous transmettre la grippe*.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) modifie chaque année le vaccin contre la grippe afin d'offrir une protection contre les souches qui devraient être en circulation dans le monde. Vous devez vous faire vacciner contre la grippe chaque année pour être protégé. Les vaccins trivalents contre la grippe 2026/2027 peuvent protéger contre 3 souches différentes de la grippe: deux virus de la grippe A et un virus de la grippe B.

L'efficacité du vaccin varie d'une année à l'autre en raison de divers facteurs, dont la mesure dans laquelle les souches composant le vaccin correspondent aux souches en circulation dans la collectivité, ainsi qu'à l'âge et la santé de la personne qui reçoit le vaccin. L'immunité est acquise deux semaines après l'administration du vaccin et peut durer six mois ou plus.

Le vaccin est subventionné par le gouvernement et offert à toute personne âgée de six mois et plus qui vit, travaille ou va à l'école en Ontario. Le vaccin est sans danger et recommandé chez les femmes enceintes et qui allaitent.

Quels sont les effets indésirables possibles du vaccin contre la grippe?

Vaccin par injection:

La plupart des gens n'ont aucune réaction au vaccin. Les effets indésirables possibles, qui disparaissent après un à trois jours, pour le vaccin par injection comprennent les suivants :

- douleur, rougeur ou inflammation au point d'injection;
- fatigue/faiblesse;
- fièvre légère, maux de tête ou douleurs musculaires.

Les effets indésirables graves tels que les réactions allergiques anaphylactiques suivant le vaccin contre la grippe sont très rares et surviennent habituellement dans les quelques minutes ou heures suivant la vaccination. Le syndrome oculo-respiratoire (SOR) pourrait survenir dans des cas extrêmement rares.

Quelles sont les contre-indications pour le vaccin contre la grippe?

Les personnes suivantes ne devraient pas se faire vacciner :

- Les personnes qui ont eu une réaction allergique grave (anaphylaxie) à l'un des composants de ce vaccin contre la grippe spécifique, à l'exception de l'œuf.
    - Les personnes allergiques aux œufs peuvent être vaccinées contre la grippe à l'aide d'un produit adapté à leur âge, sans test cutané préalable pour le vaccin antigrippal.
    - Les personnes qui ont eu une réaction allergique au thimérosal peuvent recevoir un **format de seringue prérempli** approprié selon l'âge de Fluzone^{MD}, Flucelvax^{MD}, Fluzone^{MD} à haute dose ou Fluad^{MD} (sauf si contre-indiqué);
- Les personnes ayant déjà eu une réaction allergique (anaphylaxie) à une dose du vaccin contre la grippe;
- Les personnes qui sont gravement malades, jusqu'à ce qu'elles se sentent mieux

- Les personnes qui ont présenté un syndrome de Guillain-Barré (SGB) dans les 6 semaines suivant la vaccination :
    - Il faut soupeser le risque de récidive du SGB associé à la vaccination antigrippale, le risque de SGB associé à l'infection grippale elle-même et les avantages de la vaccination antigrippale.

Vous pourriez être référé à votre médecin si vous:

- Avez une allergie non anaphylactique ou une hypersensibilité présumée à un vaccin ou à ses composants.
- Avez eu le syndrome de Guillain-Barré dans les six semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe;
- Avez des antécédents de syndrome oculo-respiratoire grave, y compris des difficultés respiratoires ou une respiration sifflante, après avoir reçu le vaccin contre la grippe saisonnière.

Dernière révision : 2026/09/23

Questions de dépistage du vaccin contre la grippe et
Formulaire de consentement

Vous devez rester dans les alentours de la clinique pendant 15 minutes après la vaccination.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____aaaa / mm / jj_____ Âge : _____

Adresse complète : numéro__rue_____ville_____province_____code postal

Numéro de téléphone : (____)_____

Veuillez répondre aux questions en lien avec vos antécédents médicaux. Si vous répondez « oui », svp décrire.

1.	Vous sentez-vous malade aujourd'hui? Avez-vous de la fièvre?	☐ Non	☐ Oui : _____
2.	Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe?	☐ Non	☐ Oui
3.	Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin ?	☐ Non	☐ Oui : _____
4.	Avez-vous des allergies aux médicaments ou aux aliments?	☐ Non	☐ Oui : _____
5.	Avez-vous des allergies aux ingrédients contenue dans le vaccin contre la grippe (par exemple: thimerosal, formaldéhyde, polysorbate 80, polyéthylène glycol (PEG), kanamycine[1], néomycine[1], etc.) ?	☐ Non	☐ Oui : _____
6.	Avez-vous un trouble hémorragique, ou recevez-vous une anticoagulation à long terme?	☐ Non	☐ Oui : _____
7.	Si oui à la question 6, est-il bien contrôlé?	☐ Non ☐ NA	☐ Oui
8.	Avez-vous déjà eu des étourdissements ou perdu connaissance après un vaccin ou un autre acte médical, ou avez-vous peur des injections ou des aiguilles?	☐ Non	☐ Oui : _____

[1] Aminosides de la famille de la néomycine : amikacine, apramycine, arbekacine, framycétine, gentamicine, kanamycine, nétilmicine, paromomycine, rhodostreptomycine, spectinomycine, streptomycine, tobramycine.

J'ai lu les renseignements se rapportant au vaccin contre la grippe qui se trouvent au verso. J'ai eu la possibilité de poser des questions, et on y a répondu de façon satisfaisante. Je connais les avantages et les risques liés à ce vaccin. J'autorise le personnel de _____ à m'administrer le vaccin contre la grippe.

Signature : _____ Date : _____

Donnez-vous votre autorisation au nom de quelqu'un d'autre? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, nom complet du tuteur légal : _____

Relation : _____

Numéro de téléphone du tuteur légal : (____)_____

À l'usage exclusif de la clinique

J'ai utilisé deux pièces d'identification et, en examinant les questions d'évaluation, j'ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu'il peut recevoir le vaccin contre la grippe.

Initiale & Désignation _____

Âge	**Vaccin**	**Dose et voie d'administration**	**Emplacement**	**Numéro de lot et date d'expiration**
≥ 6 mois	☐ Fluviral[MD] (IIV3-DS, à base d'œufs)	☐ 0,5 ml Intramusculaire	☐ Deltoïde gauche ☐ Deltoïde droit ☐ Cuisse gauche ☐ Cuisse droite	_____ Numéro de lot _____ Date d'expiration
	☐ Fluzone[MD] (IIV3-DS, à base d'œufs)			
	☐ Flucelvax[MD] (IIV3-CC, à base de cultures cellulaires)			
≥ 65 ans	☐ Fluad[MD] (IIV3-Adj, à base d'œufs)			
	☐ Fluzone[MD] **Haute dose** (IIV3-DE, à base d'œufs)			
Date et heure d'administration AAAA/MM/JJ HH:MM				
Signature et désignation				

Notes cliniques (date et heure)

_____

_____

_____

Signature & Désignation _____

Réservé à l'usage des administrateurs

☐ **Données transcrites dans Panorama** **Signature : _____** **Date : _____**