

Suivi vaccination antigrippale

1

dans les établissements
du réseau

Grippe saisonnière

2

- Infection respiratoire aiguë due à un virus *Influenza*
- Maladie **contagieuse** qui se transmet :
 - ✦ Par voie aérienne (postillons, toux, éternuements, ...)
 - ✦ Par contact rapproché avec une personne malade
 - ✦ Par contact avec les mains ou des objets contaminés (poignée de porte, couverts, ...)
- Maladie qui **peut être grave** voire mortelle chez certaines populations fragiles (personnes âgées, personnes atteintes de maladies chroniques, femmes enceintes, nourrissons, ...)

Vaccination antigrippale

3

- Depuis 2018, **vaccin tétravalent**
 - ✦ un virus de type A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09 ;
 - ✦ un virus de type A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2) ;
 - ✦ un virus de type B/Colorado/06/2017 (lignée B/Victoria/2/87) ;
 - ✦ un virus de type B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata/16/88)
- Campagne de vaccination contre la grippe saisonnière a lieu chaque année de **début octobre à fin janvier**
- Vaccination des **professionnels de santé (PS)** au sein de l'établissement

Organisation de la vaccination au CHU

4

- Le CRPV a élaboré avec le service de Médecine du travail un **formulaire de suivi post-vaccinal**
 - ✦ Remis aux PS et personnels de l'établissement le **jour de leur vaccination**
 - ✦ Permet de recueillir les EI attribués au vaccin par le PS
 - ✦ Permet d'enregistrer les observations dans la BNPV
- Retour détaillé des notifications
 - ✦ Réalisé en mars
 - ✦ Et adressé au médecin du travail responsable

Formulaire

5

Nom du vaccin : N° lot :

DATE de vaccination : / /

Nom : Prénom : Sexe : H F

Date de naissance : / / Grossesse : oui non

Etablissement : Service : Fonction :

Signes observés	Délai d'apparition (en heures ou jours)	Durée (en heures ou jours)	Remarques
Au site d'injection			
Douleur seule			
Inflammation (œdème, rougeur, douleur)			
Signes généraux			
Fièvre ou frissons			
Sueurs			
Malaise			
Céphalée			
Fatigue			
Douleurs musculaires			
Douleurs articulaires			
Signes cutanés			
Démangeaisons			
Urticaire			
Eruption non caractérisée			
Réaction allergique nette			
Syndrome oculo-respiratoire			
Yeux rouges / Larmolement			
Rhinite / Ecoulement nasal clair			
Toux			
Autres manifestations, préciser :			
Maladie chronique, préciser :			
Médicaments pris en ce moment :			

Ne pas oublier date de la vaccination

Noter le nom du correspondant de PV de l'établissement

Propositions

6

- **Le correspondant de PV de l'établissement**
 - ✦ Pourrait proposer le formulaire au médecin du travail
 - ✦ Recueillerait les documents complétés par les PS après vaccination
 - ✦ Adresserait l'ensemble au CRPV
- **Le CRPV**
 - ✦ Fournirait un modèle de formulaire
 - ✦ Réaliserait une synthèse pour chaque établissement