

Déclaration d'admissibilité à une troisième dose du vaccin contre la COVID-19 – Personnes immunodéprimées désignées

Certains personnes sont admissibles à une troisième dose du vaccin contre la COVID-19. L'admissibilité est fondée sur la probabilité que la réponse immunitaire du patient soit plus faible après deux doses puisqu'il est modérément ou gravement immunodéprimé. Les personnes touchées par au moins l'un des problèmes de santé ou traitements indiqués plus bas peuvent prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone auprès d'une régie régionale de la santé ou pharmacies participantes pour recevoir une troisième dose du vaccin contre la COVID-19.

Les Néo-Brunswickois âgés de **12 ans ou plus** qui sont touchés par l'un des problèmes de santé ou des traitements ci-dessous, diagnostiqués ou consignés par leur fournisseur de soins de santé, sont admissibles au vaccin contre la COVID-19 :

(Veuillez cocher toutes les situations qui s'appliquent et apporter la présente déclaration signée lors de votre rendez-vous.*)

- Traitement actif ou récent contre des tumeurs solides ou cancers du sang
- Transplantation d'organe plein et traitement immunosuppresseur;
- Greffe récente de cellules souches (dans les deux ans suivant la greffe) ou prenez un traitement immunosuppresseur
- Immunodéficience modérée à sévère (p. ex., syndrome de DiGeorge, syndrome de Wiskott-Aldrich); ou Infection au VIH non traitée de stade 3 ou avancée et sujets atteints du syndrome d'immunodéficience acquise;
- Traitement d'immunosuppression modéré à sévère comme :
 - la chimiothérapie anticancéreuse,
 - l'immunothérapie ou
 - d'autres médicaments biologiques qui suppriment considérablement le système immunitaire (p. ex., le rituximab)
 - Corticostéroïdes généraux à fortes doses(Doses de > 20 mg/jour de prednisone pendant quatre semaines ou plus) ou d'autres médicaments pour supprimer le système immunitaire
- Problèmes importants de la rate ou splénectomie
- Maladie rénale chronique de stade 5 nécessitant la dialyse

Vous ne pouvez prendre un rendez-vous pour ce groupe que si vous êtes admissible.

Je certifie par la présente que je souffre des problèmes médicaux ou que je suis les traitements que j'ai indiqués ci-dessus, qui ont été documentés ou diagnostiqués par mon fournisseur de soins de santé, et que, à ma connaissance, les renseignements sur lesquels cette certification est fondée sont véridiques et exacts.

Apportez la présente déclaration signée lors de votre rendez-vous*.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

Si vous êtes le mandataire spécial ou le représentant légal de la personne recevant le vaccin incapable de certifier l'information ci-dessus, veuillez compléter la section ci-dessous :

Nom (en caractères d'imprimerie du tuteur)

Signature du tuteur

Date

Les informations recueillies dans ce formulaire seront utilisés afin de prendre les dispositions nécessaires pour la vaccination contre la COVID-19.

*Les professionnels et organismes impliqués dans la vaccination contre la COVID-19 sont tenus au respect de la confidentialité, conscients de leur obligation de protéger les informations personnelles de santé et ont pris toutes les mesures pour assurer une cueillette, utilisation, et divulgation sécuritaire. Si vous avez des questions relatives à la vie privée vous pouvez envoyer un courriel à : **Cpobpvp@gnb.ca***

**Si vous n'avez pas accès à une imprimante, vous pouvez remplir le formulaire à la clinique.*