

Modèle de déclaration d'exemption médicale Immunisation contre la COVID-19 – Usage public

Consultez les directives concernant les [Exemptions médicales à l'immunisation contre la COVID-19](#) avant de certifier une exemption médicale afin de vous assurer que tous les critères sont respectés.

Section 1 – Renseignements personnels

Nom		Prénom		Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Adresse domiciliaire				
Appartement	Numéro	Rue		Case postale
Ville		Province		Code postal

Section 2 – Déclaration du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie avancée (infirmière praticienne)

Moi _____
(nom du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie avancée)

je certifie que, pour des raisons médicales, la personne susmentionnée est incapable de recevoir une immunisation contre la COVID-19 avec les vaccins contre la COVID-19 actuellement disponibles en Ontario (vaccin contre la COVID-19 de Pfizer BioNTech, vaccin contre la COVID-19 de Moderna, vaccin contre la COVID-19 d'AstraZeneca/COVISHIELD).

Sélection	Manifestation ou événement indésirable associé à la vaccination
-----------	---

1. Condition(s) préexistante(s)

	Réaction allergique grave ou anaphylaxie à un composant d'un vaccin contre la COVID-19
	Myocardite avant le début d'une série de vaccins à ARNm contre la COVID-19 (personnes âgées de 12 à 17 ans)

2. Contre-indications à la mise en place d'une série de vaccins contre la COVID-19 d'AstraZeneca/COVISHIELD

	Antécédents de syndrome de fuite capillaire
	Antécédents de thrombose du sinus veineux cérébral avec thrombocytopénie
	Antécédents de thrombocytopénie induite par l'héparine
	Antécédents de thrombose veineuse ou artérielle majeure avec thrombocytopénie à la

	suite de l'administration d'un vaccin
--	---------------------------------------

3. Événement indésirable associé à la vaccination contre la COVID-19

	Réaction allergique grave ou anaphylaxie à un composant d'un vaccin contre la COVID-19
--	--

	Thrombose avec syndrome de thrombocytopénie /thrombocytopénie thrombotique immunitaire induite par le vaccin après le vaccin contre la COVID-19 d'Astra Zeneca/COVISHIELD
--	---

	Myocardite ou péricardite après un vaccin à ARNm contre la COVID-19
--	---

	Événement indésirable grave associé à l'immunisation (p. ex. entraînant une hospitalisation, une invalidité/incapacité persistante ou importante)
--	---

4. Autre

	Recevoir activement une thérapie par anticorps monoclonaux OU une thérapie par plasma convalescent pour le traitement ou la prévention de la COVID-19
--	---

Section 3 - Durée de l'exemption

Permanente	
------------	--

Délai prévu	De	À
-------------	----	---

aaaa/mm/jj

aaaa/mm/jj

Section 4 - Signature

Adresse professionnelle

Appartement	Numéro	Rue	Case postale
-------------	--------	-----	--------------

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

Signature du médecin ou de l'infirmière autorisée de la catégorie avancée	Désignation	Date (aaaa/mm/jj)
---	-------------	-------------------