

# Réalisation de la vaccination antigrippale par les infirmiers(ères) DE sans prescription médicale

## Contexte de cette vaccination

### Références réglementaires :

- Article L.4311-1 du code de la santé publique ;
- Décret n°2008-877 et arrêté du 29 août 2008 relatifs aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers ou infirmières.

### Critères d'inclusion :

- Personnes âgées de 65 ans et plus.
- Personnes adultes atteintes d'une des pathologies suivantes : affections broncho-pulmonaires chroniques, dont asthme et mucoviscidose ; cardiopathies mal tolérées, insuffisances cardiaques graves et valvulopathies graves ; néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs ; drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalassodrépanocytose ; diabète insulino-dépendant ou non-insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le seul régime ; déficits immunitaires cellulaires.

### Critères d'exclusion :

- Femmes enceintes ; enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans).
- Personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine ; personnes adultes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur du fait d'une affection longue durée (ALD) pour une pathologie autre que celles citées ci-dessus, y compris les personnes relevant des ALD 1 (accident vasculaire cérébral invalidant) et ALD 9 (formes graves des affections neurologiques et musculaires dont les myopathies, épilepsies graves).
- Personne présentant une des contre-indications notées dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) pour les vaccins antigrippaux.
- Primo-vaccination antigrippale ; la primo-vaccination dans ce cadre est définie comme la première injection d'un vaccin antigrippal.

## Préalables à la réalisation de la vaccination

### \* Aspects administratifs :

Le professionnel de santé vaccinateur doit pouvoir disposer des documents suivants :

- pour garantir la traçabilité de la vaccination : dossier du patient ; cf. proposition de fiche patient ci-jointe ;
- pour l'information du patient : une carte ou un carnet de vaccination si le patient en dispose.

Numéros d'appel : - Utile : médecin traitant ;  
- D'urgence : SAMU.

Fiche de déclaration de pharmacovigilance.

Le professionnel de santé doit s'assurer que son assurance professionnelle prend en compte la réalisation de la vaccination antigrippale en acte propre.

### \* Aspects techniques :

Le professionnel de santé devra préalablement vérifier le nom du vaccin, la date de péremption et s'assurer que celui-ci a été conservé dans de bonnes conditions (gardé au froid sans être congelé depuis la délivrance par le pharmacien).

Le vaccin antigrippal est injecté par voie intramusculaire (au niveau du deltoïde ou de la face antérolatérale de la cuisse) ou sous-cutanée profonde (au niveau du deltoïde).

L'élimination du matériel utilisé pour la vaccination suivra le circuit habituel d'élimination des déchets de soins à risque infectieux (DASRI), notamment pour les objets piquants, coupants, tranchants (OPCT).

► **En cas de non-réalisation de la vaccination en raison des données cliniques observées, orienter le patient vers son médecin traitant.**

► **En cas de malaise survenant après l'injection, prendre contact avec le centre 15 ou le SAMU.**

## Pour en savoir plus :

Guide des vaccinations. INPES. [http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide\\_2008/download.asp](http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide_2008/download.asp)

## **Exemple de fiche Patient pour la réalisation d'une vaccination antigrippale Avec les éléments à conserver dans le dossier du patient**

### **Renseignements administratifs**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

#### ***Assurance maladie :***

Présence d'un bon adressé par l'assurance maladie : oui : [  ] non : [  ]  
Si absence, s'assurer que la vaccination se fait sous prescription médicale.

#### ***Médecin traitant :***

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

### **Informations cliniques**

**Vaccination antigrippale antérieure : oui : [  ] non : [  ]**  
**Si non, la primovaccination ne peut être pratiquée par un infirmier(ère)  
sans prescription médicale.**

**Recherche de contre-indication absolue ou temporaire à la vaccination : les contre-indications notées dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) doivent être recherchées, telles que :**

- Réaction allergique après une vaccination antigrippale antérieure ?
- Existence d'une allergie connue ?  
Si oui, laquelle :
- Etat fébrile ou maladie infectieuse intercurrente ou traitement anti-infectieux en cours ?
- Traitement anticoagulant ?  
Si la personne est sous traitement anticoagulant, faire l'injection en sous-cutané.

**Informez la personne des effets secondaires éventuels.**

### **Vaccin utilisé :**

Dénomination commerciale : \_\_\_\_\_ n° de lot : \_\_\_\_\_  
Date de péremption : \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_ **Nom de la personne qui vaccine :** \_\_\_\_\_