

Informations du patient

Si service de vaccination non offert par votre pharmacie, SVP orientez le patient vers le point de service local de son choix (voir verso) :



Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : ____ / ____ / ____
 RAMQ : _____
 Tél. : _____
 Pharmacie communautaire : _____
 Fax : _____

Révision des vaccins – Patient immunosupprimé ou en voie de le devenir

Nom du traitement ou diagnostic : _____

Date de début prévue : _____

**** Document fourni à titre de référence seulement – il ne s’agit pas d’une ordonnance****

Moment de la vaccination	Vaccins inactivés	Vaccins vivants atténués
Avant le traitement immunodépresseur	Administrer idéalement au moins 14 jours avant le début du traitement (sinon à tout moment avant, pendant ou après)	Administrer au moins 28 jours avant le début du traitement (6 semaines dans le cas du vaccin Var)
Pendant le traitement immunodépresseur	Plusieurs vaccins ont une immunogénicité moindre lorsqu'ils sont administrés durant un traitement immunodépresseur mais la vaccination peut être poursuivie	CONTRE-INDIQUÉ

Cet outil propose une liste non exhaustive de vaccins à prescrire en plus de la vaccination de base (basé sur PIQ avril 2026). S'assurer que le calendrier de vaccination standard est à jour. Veuillez consulter le PIQ pour plus d'informations.

<u>Vaccin</u>	<u>Recommandation</u>
COVID-19	Selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)
Influenza (inactivé) (ex. : Fluvad, Flulaval Tetra, Fluzone Quadrivalent et Flumist Quadrivalent, selon disponibilité)	1 dose annuelle ➤ Important de vacciner les contacts proches également
Pneu-C (ex. : Pevnar-20, Capvaxive)	1 dose Pneu-C 20 1 dose Pneu-C 21 optionnelle (pas gratuit) ➤ Si déjà vacciné par Pneu-C 20, attendre 1 an avant Pneu-C 21
<i>Haemophilus influenzae</i> de type b (ex. : Act-HIB)	1 dose ➤ Si non immunisé et âge de 5 ans et plus
VPH-9 : Virus du papillome humain (ex. : Gardasil-9)	3 doses ➤ Si patient immunosupprimé ou en voie d'être immunosupprimé âgé de 21 à 45 ans (critère de gratuité s'applique même si patient n'a pas encore débuté son traitement immunosuppresseur) ➤ Intervalle recommandé : mois 0, 2 et 6 (peut être donné à 0, 1 et 6 mois avec hépatite B)
Hépatite B (ex. : Engerix-B ou Recombivax HB)	3 doses ➤ Intervalle recommandé : mois 0, 1 et 6 ➤ En voie d'être immunosupprimé : ○ Âge ≥ 20 ans : 1mL Engerix-B ou Recombivax-HB (10µg/mL) ➤ Si déjà immunosupprimé : ○ Âge ≥ 20 ans : 2mL Engerix-B ou 1mL Recombivax-HB (40µg/mL) ○ Doser les anti-HBs entre 1 et 2 mois (au plus 6 mois) après la 3 ^e dose
Zona-SU (Inactivé) (ex. : Shingrix)	2 doses ➤ Si patient immunosupprimé ou en voie d'être immunosupprimé ≥ 18 ans ➤ Intervalle recommandé : mois 0 et 2 (ou minimum 1 mois entre les doses)
Diphtérie / Tétanos	➤ Rappel si ≥ 50 ans et dernière dose avant 40 ans
Men-B et Men-C-ACWY	Doses optionnelles (pas gratuit), voir PIQ
VRS : Virus respiratoire syncytial	Dose optionnelle (pas gratuit), voir PIQ

**** Il est aussi recommandé aux proche-aidants d'avoir un calendrier vaccinal à jour ****

Vous pouvez nous contacter pour plus d'informations :

Direction Santé Publique de Montréal
 Infirmières conseillères en vaccination
 Tél. : 514-528-2400

Pharmacie d'oncologie - Hôpital de Verdun
 4000, blvd Lasalle, Mtl, H4G 2A3
 Tél.: 514-362-1000*762614

