



**Déclaration médicale**

Je, \_\_\_\_\_, suis un médecin autorisé ou infirmier(ère) praticien(ne) dans la province/le territoire de/du/de l'\_\_\_\_\_. Je certifie par la présente que \_\_\_\_\_ (indiquez au moins l'une des mentions suivantes)

- 1) a une contre-indication médicale à la vaccination complète contre la COVID-19 avec un vaccin à ARNm (Pfizer-BioNTech ou Moderna) fondée sur la recommandation du [Comité consultatif national de l'immunisation \(CCNI\) \(comme suit, d'après les conseils du CCNI en date du 10 septembre 2021\)](#) :
  - *antécédents d'anaphylaxie après l'administration précédente d'un vaccin à ARNm contre la COVID-19*
  - *allergie confirmée au polyéthylène glycol (PEG) qui se trouve dans les vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna contre la COVID-19 (Il convient de noter que si le patient est allergique à la trométhamine qui se trouve dans le vaccin Moderna, il peut recevoir le produit Pfizer-BioNTech.)*

Cette raison médicale est (veuillez en indiquer une seule) :

- Permanente
- Temporaire et sera en vigueur jusqu'à/au \_\_\_\_\_

- 2) a une raison médicale pour justifier le report de la vaccination complète contre la COVID-19, décrite par le [Comité consultatif national de l'immunisation \(comme suit, d'après les conseils du CCNI en date du 10 septembre 2021\)](#) :
  - *des antécédents de myocardite ou de péricardite après la première dose d'un vaccin à ARNm*
  - *en raison d'une immunodépression ou d'un médicament immunosuppresseur, en attendant de se faire vacciner lorsque la réponse immunitaire sera maximale (c'est-à-dire attendre de se faire vacciner lorsque l'état immunodéprimé ou le médicament immunosuppresseur est plus faible) (Remarque : Il faudrait tenir compte des avantages et des risques lorsque la vaccination est retardée.)*

Cette raison médicale sera en vigueur jusqu'à/au \_\_\_\_\_

- 3) a une raison médicale empêchant la vaccination complète contre la COVID-19 (non couverte ci-dessus), comme il est décrit ci-dessous (pour des raisons de confidentialité, inclure uniquement la raison pour laquelle la condition médicale exclut la vaccination).

---



---



---



---



---

Cette raison médicale est (veuillez en indiquer une seule) :

- Permanente
- Temporaire et sera en vigueur jusqu'à/au \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro du permis de pratique : \_\_\_\_\_ Province/Territoire : \_\_\_\_\_

## Déclaration de l'employé

### Énoncé de confidentialité

Le but de la collecte et de l'utilisation de ces renseignements est de remplir la responsabilité de votre employeur d'assurer la santé et la sécurité des employés. Il s'agit d'une exigence en vertu de l'article 124, partie II du Code canadien du travail et de la Politique de vaccination de l'administration publique centrale. Les renseignements personnels sont recueillis conformément aux articles 7 et 11.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements fournis dans ce formulaire serviront aux fins de l'examen de votre demande de mesures d'adaptation conformément à la politique de vaccination et à la Directive sur l'obligation de prendre des mesures d'adaptation.

Les renseignements personnels seront utilisés pour déterminer le contexte de votre demande de mesure d'adaptation. L'ensemble de vos renseignements personnels (que vous soyez vacciné ou non et quelques soient les mesures d'adaptation en place pour soutenir votre emploi) seront aussi utilisés par votre organisme et le SCT afin d'effectuer la surveillance et de rendre compte sur les effets globaux de la COVID-19 ainsi que sur la conformité au programme de vaccination au sein de l'organisme et de l'administration publique centrale, tel que décrit dans le fichier de renseignements personnels ordinaires PSE 907, [Santé et sécurité au travail](#).

Le refus de fournir les renseignements demandés pour appuyer votre demande en matière de mesures d'adaptation pourrait entraîner des mesures administratives tel qu'indiqué dans la Politique de vaccination.

### Destruction précoce des renseignements personnels

Vous pouvez consentir à la destruction de cette déclaration médicale avant les périodes de conservation énoncées conformément à l'article 4(1)(a) du *Règlement sur la protection de la vie privée* une fois que la décision finale sur les mesures d'adaptation a été communiquée. Si vous ne consentez pas à la destruction précoce, l'information sera conservée conformément au calendrier ministériel de conservation :

- Je consens à la destruction précoce
- Je ne consens pas à la destruction précoce

Aux termes de la [Loi sur la protection des renseignements personnels](#), vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et de demander d'y apporter des corrections. Si vous souhaitez exercer vos droits en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* ou si vous avez des questions au sujet de la présente déclaration, veuillez communiquer avec le [Bureau de l'AIPRP](#) de votre organisation. Vous avez le droit de déposer une plainte auprès du [Commissariat à la protection de la vie privée du Canada](#) au sujet du traitement de vos renseignements personnels.

#### RÉSERVÉ AUX RESSOURCES HUMAINES:

Date reçue: (JJ/MM/AA)

Date examinée: (JJ/MM/AA)

Signature de la personne qui a effectué l'examen :