**Modèles de questionnaires CARD pour les personnes à vacciner**

**Ce document comprend trois sondages décrits ci-après.** **Ils sont accessibles sur SystemeCard.ca.**

* **Dites-nous comment vous vous sentez!****Pour les personnes de 8 ans et plus**

Questionnaire pour connaître les symptômes et l’opinion des personnes vaccinées. Convient aux personnes de 8 ans et plus qui se font vacciner.

À remettre aux personnes qui viennent de se faire vacciner. Servez-vous des réponses pour éclairer vos interactions et vos pratiques futures.

* **Dis-nous comment tu te sens!****Pour les enfants de 5 à 7 ans**

Questionnaire pour connaître les symptômes et l’opinion des personnes vaccinées. Convient aux enfants de 5 à 7 ans qui se font vacciner.

À remettre aux enfants et aux parents/proches aidants après la vaccination. Les parents/proches aidants ou le personnel peuvent aider les enfants à remplir le questionnaire. Servez-vous des réponses pour éclairer vos interactions et vos pratiques futures.

* **Dites-nous comment vous vous sentez!  
  Pour les parents/gardiens et proches aidants**

Sondage et rétroaction sur la vaccination – parents/tuteurs et gardiens : Questionnaire pour connaître l’opinion des parents/proches aidants  des enfants qui se font vacciner ou les proches aidants d’autres personnes qui se font vacciner.

À remettre aux parents/proches aidants après la vaccination. Servez-vous des réponses pour éclairer vos interactions et vos pratiques futures.

Dites-nous comment cela s’est passé afin que nous puissions améliorer l’expérience de la vaccination pour vous et pour les autres qui se font vacciner dans notre clinique.

1. Dites-nous combien l’injection a fait mal.   
   Choisissez un nombre de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la plus grande douleur possible.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

1. Dites-nous à quel point l’injection vous a causé de la peur ou de l’anxiété.   
   Choisissez un nombre de 0 à 10, où 0 signifie aucune peur ni anxiété et 10 signifie la plus grande peur ou anxiété possible.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

1. Décrivez vos sensations d’étourdissement avant, pendant et après l’injection.   
   Choisissez un nombre de 0 à 10, où 0 signifie aucune sensation d’étourdissement et 10 signifie une très forte sensation d’étourdissement.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  J’ai perdu connaissance

1. Dans notre clinique, nous utilisons le système CARD. Nous demandons aux gens de choisir ce qu’ils veulent faire pour rendre la vaccination plus confortable. Dites-nous dans quelle mesure l’utilisation du système CARD vous a aidé à vous faire vacciner aujourd’hui.

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup

Veuillez préciser.

1. Dites-nous à quel point le système CARD a influencé votre décision de vous faire vacciner à la clinique.

Ne s’appliquait pas/je n’en connaissais pas l’existence  Un peu  Moyennement  Beaucoup

1. Comparativement au dernier vaccin que vous avez reçu, dites-nous si le vaccin d’aujourd’hui était mieux, pire ou le même.

Mieux  Le même  Pire  Je ne sais pas  Je ne me souviens plus

1. Voulez-vous utiliser le système CARD à nouveau si vous recevez un autre vaccin?

Oui  Non  Je ne sais pas

1. Qu’est-ce qui a contribué à rendre l’injection du vaccin MOINS douloureuse, effrayante ou stressante?

1. Qu’est-ce qui a contribué à rendre l’injection du vaccin PLUS douloureuse, effrayante ou stressante?

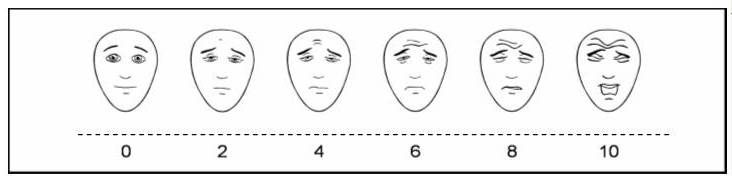
1. Quel vaccin avez-vous reçu aujourd’hui?

COVID-19  Influenza  Papillome humain (VPH)  Hépatite B  Autre :

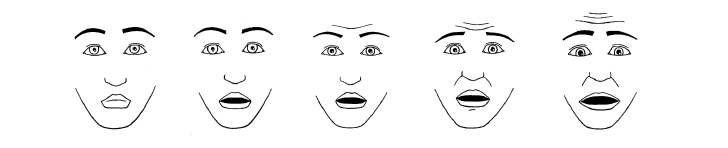
1. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ ans
2. Laquelle des catégories suivantes vous décrit le mieux?  Femme  Homme  Autre :

Dites-nous comment cela s’est passé afin que nous puissions améliorer l’expérience de la vaccination pour vous et pour les autres qui se font vacciner dans notre clinique.

1. Dis-nous combien l’injection a fait mal.   
   « Ces visages montrent les différents degrés de douleur possibles. Celui-ci [*indiquer le plus à gauche*] ne montre pas de douleur du tout. Les visages suivants montrent de plus en plus de douleur [*indiquer chaque visage de gauche à droite*] jusqu’à celui-ci [*indiquer le plus à droite*], qui montre une très grande douleur. Indique-nous le visage qui montre la douleur que tu as ressentie pendant l’injection. »



1. Dis-nous à quel point tu as eu peur de l’injection.   
   « Ces visages montrent différents degrés de peur. Celui-ci [*indiquer le plus à gauche*] n’a pas peur du tout, celui-ci a un peu plus peur [*indiquer le deuxième à partir de la gauche*], celui-ci encore un peu plus [*déplacer le doigt d’un visage à l’autre*], et ce dernier montre la plus grande peur possible [*indiquer le plus à droite*]. Regarde ces visages et choisis celui qui montre la peur que tu as ressentie pendant l’injection. »



1. Dis-nous si tu t’es senti·e étourdi·e (tremblant·e ou chancelant·e) avant, pendant ou après l’injection.

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup  J’ai perdu connaissance

1. Dans notre clinique, nous utilisons le système CARD. Nous demandons aux enfants de choisir ce qu’ils veulent faire pour que la piqûre soit plus facile pour eux. Dis-nous à quel point cela t’a aidé·e avec l’injection d’aujourd’hui.

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup

Peux-tu donner des précisions?

1. Comparativement à la dernière piqûre que tu as eue, dis-nous si la piqûre d’aujourd’hui était mieux, pire ou la même.

Mieux  La même  Pire  Je ne sais pas  Je ne me souviens plus

1. Qu’est-ce qui a contribué à rendre la piqûre MOINS douloureuse, effrayante ou stressante?

1. Qu’est-ce qui a contribué à rendre la piqûre PLUS douloureuse, effrayante ou stressante.

1. Quel vaccin as-tu reçu aujourd’hui?

COVID-19  Influenza  Papillome humain (VPH)  Hépatite B  Autre :

1. Quel âge as-tu? \_\_\_\_\_ ans
2. Laquelle des catégories suivantes te décrit le mieux?  Fille  Garçon  Autre :

Dites-nous comment cela s’est passé afin que nous puissions améliorer l’expérience de la vaccination pour vous, pour votre enfant ou votre proche et pour les autres personnes qui se font vacciner dans notre clinique.

1. Lien avec la personne qui s’est fait vacciner :
2. Dites-nous quel niveau de douleur vous croyez que votre enfant/votre proche a ressenti durant l’injection.   
   Choisissez un nombre de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la plus grande douleur possible.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

1. Dites-nous à quel point l’injection semble avoir causé de la peur ou de l’anxiété à votre enfant/votre proche.   
   Choisissez un nombre de 0 à 10, où 0 signifie aucune peur ni anxiété et 10 signifie la plus grande peur ou anxiété possible.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

1. Dites-nous à quel point l’injection de votre enfant/votre proche vous a causé de la peur ou de l’anxiété à vous. Choisissez un nombre de 0 à 10, où 0 signifie aucune peur ni anxiété et 10 signifie la plus grande peur ou anxiété possible.

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

1. Dans notre clinique, nous utilisons le système CARD. Nous demandons aux gens de choisir ce qu’ils veulent faire pour rendre la vaccination plus confortable. Dites-nous dans quelle mesure cela a aidé votre enfant ou votre proche à se faire vacciner aujourd’hui.

Pas du tout  Un peu  Moyennement  Beaucoup

Veuillez préciser.

1. Dites-nous à quel point le système CARD a influencé votre décision de vous faire vacciner à la clinique.

Ne s’appliquait pas/je n’en connaissais pas l’existence  Un peu  Moyennement  Beaucoup

1. Comment évaluez-vous votre expérience de la vaccination de votre enfant ou de votre proche aujourd’hui par rapport à la dernière fois qu’il a été vacciné?

Mieux  La même  Pire  Je ne sais pas  Je ne m’en souviens plus

1. Voulez-vous utiliser le système CARD à nouveau si votre enfant ou votre proche reçoit un autre vaccin?

Oui  Je ne sais pas  Non

1. Qu’est-ce qui a contribué à rendre l’injection vaccinale MOINS douloureuse, effrayante ou stressante?

1. Qu’est-ce qui a contribué à rendre l’injection vaccinale PLUS douloureuse, effrayante ou stressante?

1. Quel vaccin votre enfant ou votre proche a-t-il reçu aujourd’hui?

COVID-19  Influenza  Papillome humain (VPH)  Hépatite B  Autre :

1. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ ans
2. Laquelle des catégories suivantes vous décrit le mieux?  Femme  Homme  Autre :