

CONSENTEMENT À LA VACCINATION – 7^e année

Programme de prévention des maladies par la vaccination

Remplir **TOUTES** les boîtes ombragées, puis retourner le formulaire à l'école avant la date de vaccination.

Nom de famille	Prénom	N° de carte santé de l'Ontario
Date de naissance (année/mois/jour)	École	Enseignant(e)
Sexe (Encercler une réponse) Garçon Fille Autre	Nom du parent/tuteur légal	N° de tél. du parent/tuteur légal (jour)

Est-ce que l'élève est allergique à la levure, au latex, au thimérosal ou à l'anatoxine diphtérique ou tétanique?	OUI	NON
Est-ce que l'élève a déjà eu une réaction grave à un vaccin?	OUI	NON
Est-ce que l'élève a des antécédents d'évanouissements ou de convulsions?	OUI	NON
Est-ce que l'élève a un trouble de saignement?	OUI	NON
Est-ce que l'élève est enceinte?	OUI	NON
Est-ce que l'élève est immunodéprimé?	OUI	NON



Le parent ou le tuteur doit apposer sa signature à l'endroit prévu pour chaque vaccin dont il autorise l'administration.

Consentement: Je suis le parent ou le tuteur légal de l'enfant nommé ci-dessus. J'ai lu la feuille de renseignements fournie sur ces vaccins et je comprends les avantages prévus ainsi que les risques et effets secondaires possibles des vaccins. J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses au sujet des vaccins. Je comprends qu'il faut obligatoirement recevoir une dose du vaccin contre les méningocoques ACYW-135 pour fréquenter l'école. Ce consentement est valide jusqu'à ce que toutes les doses aient été administrées; je peux le retirer en tout temps en communiquant avec le Bureau de santé.

Note: Si l'élève a déjà reçu des doses d'un des vaccins, le personnel infirmier déterminera si d'autres doses sont nécessaires, conformément au Calendrier de vaccination de l'Ontario et au Guide canadien d'immunisation. Pour chaque vaccin, si vous apposez votre signature à l'endroit prévu, vous accordez votre consentement à l'administration des autres doses nécessaires pour terminer la série (s'il y a lieu) et assurer une protection optimale.

Vaccin contre les méningocoques ACYW-135	Vaccin contre l'hépatite B	Vaccin contre le virus du papillome humain
Je consens à l'administration du vaccin MEN-C-ACYM-135 :	Je consens à l'administration du vaccin contre l'hépatite B :	Je consens à l'administration du vaccin VPH-9 :
X _____ Nom du parent/tuteur légal en lettres moulées	X _____ Nom du parent/tuteur légal en lettres moulées	X _____ Nom du parent/tuteur légal en lettres moulées
X _____ Signature du parent/tuteur légal	X _____ Signature du parent/tuteur légal	X _____ Signature du parent/tuteur légal
Date :	Date :	Date :
Doses déjà reçues: (pas les vaccins MEN-C, p. ex. Neis-Vac C®/Menjugate®)	Doses déjà reçues: (y compris Twinrix Jr® et Twinrix adulte® – indiquer la dose)	Doses déjà reçues:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
(inclure la date précise, le nom et le n° de téléphone du médecin)	(inclure la date précise, le nom et le n° de téléphone du médecin)	(inclure la date précise, le nom et le n° de téléphone du médecin)
Réservé au personnel/Clinic use only:	Clinic use only Dose #1: Recombivax® / Engerix®	Clinic use only Dose #1:
Lot #:	Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:	Time given:
R del L del 1.5"	R del L del 1.5"	R del L del 1.5"
Nurse:	Nurse:	Nurse:

Complete after 1 dose: ○

Verbal consent: ○

Given by: _____

Relationship: _____

Given to: _____

Date: _____

Men, HB, HPV-9 (circle)

Nurse: _____

Dose #2: Recombivax / Engerix	Dose #2:
Lot #:	Lot #:
Expiry Date:	Expiry Date:
Dose date:	Dose date:
Time given:	Time given:
R del L del 1.5"	R del L del 1.5"
Nurse:	Nurse:

When you seek care or service from us, we collect, use, and share your personal health information only as necessary to provide care or service to you. The collected information is used and/or shared under the Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990. We will not collect, use, or share your personal health information for any other reason unless we have your permission, or the law permits or requires it. Any questions about the collection of this information can be directed to the MLHU Privacy Officer at privacy@mlhu.on.ca.

Réservé au personnel / Clinic Use:

Nurse Assessment	Visit #1	Visit #2	Notes
<i>As-tu de la fièvre ou es-tu malade aujourd'hui? / Do you have a fever or are you sick today?</i>	Y N	Y N	
<i>Est-ce que ton état de santé a changé récemment? / Has anything changed with your health recently?</i>	Y N	Y N	
<i>As-tu déjà eu une réaction grave à un vaccin (ou à la dernière dose s'il s'agit de la 2^e)? / Did you have a serious reaction to a vaccine before? (or last dose if on dose #2)</i>	Y N	Y N	
<i>Est-ce possible que tu sois enceinte? (filles seulement) / Is it possible that you may be pregnant? (female students only)</i>	Y N	Y N	
<i>Comprends-tu à quoi sert ce vaccin? / Do you understand what this vaccine(s) is for?</i>	Y N	Y N	
<i>As-tu des questions? / Do you have any questions?</i>	Y N	Y N	
Nurse Initials			

Nursing Notes*:

*Only to be used if Panorama is not available. All notes written here must be transferred to Panorama.
 Check here if nurse wrote a note in Pan:

Reason student did not receive vaccine	Visit #1 Date stamp & initial		Visit #2 Date stamp & initial		Visit #3 Date stamp & initial	
Absent						
Refused						
Deferred						
Letter sent: reason other than above						
Moved (note location if known)						

