

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, trométhamine 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	Vaccin contre l'hépatite B	Vaccin contre le virus du papillome humain
Je consens à l'administration du vaccin MEN-C-ACYW : X _____ Nom du parent/tuteur légal en lettres moulées X _____ Signature du parent/tuteur légal Date : _____	Je consens à l'administration du vaccin contre l'hépatite B : X _____ Nom du parent/tuteur légal en lettres moulées X _____ Signature du parent/tuteur légal Date : _____	Je consens à l'administration du vaccin VPH-9 : X _____ Nom du parent/tuteur légal en lettres moulées X _____ Signature du parent/tuteur légal Date : _____
Doses déjà reçues: (pas les vaccins MEN-C, p. ex. Neis-Vac C®/Menjugate®) _____ _____ (inclure la date précise, le nom et le n° de téléphone du médecin)	Doses déjà reçues: (y compris Twinrix Jr® et Twinrix adulte® – indiquer la dose) _____ _____ (inclure la date précise, le nom et le n° de téléphone du médecin)	Doses déjà reçues: _____ _____ (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:

Lorsque vous obtenez des soins ou des services auprès de nous, nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels sur la santé uniquement dans la mesure où ils sont requis pour vous offrir des soins ou des services. Les renseignements recueillis sont utilisés ou communiqués en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990. Nous ne recueillerons pas, n'utiliserons pas et ne communiquerons pas vos renseignements personnels sur la santé à d'autres fins sauf si nous avons obtenu votre permission ou si la loi le permet ou nous y oblige. Les questions sur la collecte de ces renseignements peuvent être acheminées au responsable de la protection de la vie privée du Bureau de santé de Middlesex-London à privacy@mlhu.on.ca.

Réservé au personnel / Clinic Use:

Nurse Assessment	Visit #1	Visit #2	Notes
As-tu de la fièvre ou es-tu malade aujourd'hui? / Do you have a fever or are you sick today?	Y N	Y N	
Est-ce que ton état de santé a changé récemment? / Has anything changed with your health recently?	Y N	Y N	
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)	Y N	Y N	
Est-ce possible que tu sois enceinte? (filles seulement) / Is it possible that you may be pregnant? (female students only)	Y N	Y N	
Comprends-tu à quoi sert ce vaccin? / Do you understand what this vaccine(s) is for?	Y N	Y N	
As-tu des questions? / Do you have any questions?	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)						