

Formulaire de consentement aux vaccins administrés à l'école



Renseignements sur le client (veuillez écrire en lettres moulées)

Nom _____ Prénoms _____

Adresse de résidence _____ Ville _____ Code postal _____

Numéro de téléphone _____ Courriel _____

Sexe Masculin / Féminin / X Date de naissance (jj-mm-aaaa) _____ / _____ / _____

N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) _____ N° d'identification personnel (9 chiffres) _____

Consentement éclairé : Les parents ou tuteurs légaux doivent discuter avec l'enfant des renseignements fournis sur les vaccins énumérés ci-dessous et le faire participer à la décision de consentement à l'immunisation. Même si un enfant peut être vacciné avec le consentement d'un parent ou d'un tuteur légal, il a le droit d'être informé des vaccins et peut y donner son consentement si la personne qui administre les vaccins croit que l'enfant en comprend les risques et les bienfaits. Veuillez consulter les directives en matière de consentement éclairé qui se trouvent à l'adresse suivante : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/protocol/consentguidelines.pdf.

Remplissez cette section

La fiche d'immunisation que nous avons dans nos dossiers pour le jeune de votre foyer vous a été envoyée par la poste. Si elle est incomplète ou inexacte, apportez tous les documents au rendez-vous de vaccination à des fins d'examen. Seuls les vaccins qui sont toujours nécessaires seront administrés.

Pour chaque vaccin, cochez Oui ou NON, puis signez la section sur le consentement éclairé ci-dessous et inscrivez-y la date.

Immunisation

Je veux que mon enfant soit vacciné / je veux être vacciné

Vaccin contre l'hépatite B Oui Non

Vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque (A, C, Y, W135) Oui Non

Vaccin contre le virus de papillome humain (VPH) Oui Non

Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire et le tétanos (dcaT) Oui Non

Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire, le tétanos et la polio (dcaT-VPI) Oui Non

Antécédents médicaux du client

1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave ou menaçant le pronostic vital? Oui Non

Si oui, par quoi était causée la réaction? _____

2. Le système immunitaire de votre enfant est-il affaibli par une maladie grave ou un médicament? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

3. Votre enfant a-t-il une condition qui peut nuire à sa capacité d'immunisation (p. ex., grossesse, anxiété, etc.)? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

4. Votre enfant a-t-il déjà reçu une ou deux doses du vaccin contre la COVID-19? Oui Non

Si oui, quand? _____

Consentement éclairé

J'ai lu et compris les fiches d'information concernant les risques et les bienfaits des vaccins et je consens à ce qu'ils soient administrés à la personne susmentionnée. Certains vaccins nécessitent l'administration de plus d'une dose au cours de l'année; mon consentement s'applique à toutes les doses des vaccins requises pour achever la série pendant l'année. J'ai pu poser des questions sur ces vaccins et recevoir des réponses satisfaisantes.

Remplissez UNE SEULE des options suivantes :

1. Consentement du parent ou du tuteur légal

Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive les vaccins mentionnés ci-dessus.

Nom _____

Lien avec cette personne _____

Numéro de téléphone _____

Date (jj/mm/aaaa) _____

Signature _____

2. Consentement du client susmentionné (mineur mature)

Je consens à recevoir les vaccins mentionnés ci-dessus.

Date (jj/mm/aaaa) _____

Signature _____

Identité raciale, ethnique ou autochtone

Depuis mai 2020, la Santé publique recueille des renseignements sur l'identité raciale, ethnique ou autochtone des personnes chez qui la COVID-19 a été diagnostiquée. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer la nécessité d'accroître l'accessibilité à la vaccination dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. En gardant cela à l'esprit, lequel des termes suivants décrit le mieux la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez?

Africain Noir Chinois Philippin Latino-Américain Autochtone de l'Amérique du Nord – c'est-à-dire membre des Premières Nations, des Métis ou des Inuits Originaire de l'Asie du Sud Originaire de l'Asie du Sud-Est Blanc Autre _____ Préfère ne pas répondre

Si vous avez indiqué être autochtone de l'Amérique du Nord, êtes-vous : Membre des Premières Nations Métis Inuit Sans objet

