

# 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](http://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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque (A, C, Y, W135)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vaccin contre le virus de papillome humain (VPH)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire et le tétanos (dcaT)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche acellulaire, le tétanos et la polio (dcaT-VPI)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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

Avis : Les données relatives aux vaccins que vous recevez (vous ou vos personnes à charge, le cas échéant) pourraient être conservées dans le registre d'immunisation provincial. Ce registre permet à votre fournisseur de soins de santé de savoir quels vaccins vos personnes à charge ou vous-même avez reçus ou devriez recevoir. Les données recueillies dans le registre d'immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d'immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu'une immunisation a été manquée. Le ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées du Manitoba peut utiliser ces renseignements dans le but d'évaluer l'efficacité de différents vaccins dans une perspective de prévention. La Loi sur les renseignements médicaux personnels protège les renseignements vous concernant. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles pour les fournisseurs de soins de santé. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez vous adresser à votre bureau de la santé publique local afin de discuter avec un membre du personnel infirmier de la santé publique ([www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html)).

### LA SECTION SUIVANTE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE QUI ADMINISTRE LE VACCIN

Emplacement de la clinique \_\_\_\_\_

Cochez cette case si le consentement verbal a été obtenu parce que le parent, le tuteur légal ou le client n'est pas en mesure de signer la section sur le consentement éclairé ci-dessus.

Cochez cette case pour confirmer que l'évaluation clinique a été effectuée et que le consentement a été obtenu pour chaque vaccin qu'a reçu le client.

Vaccin	Date (J/M/A) :	N° de lot	Fabricant	Voie d'administration	Dose	Point d'injection	Signature du vaccinateur	Saisie des données