



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES VACCINS SCOLAIRES

Nom de famille de l'élève: _____ Prénom de l'élève: _____
 Date de naissance: _____ AAAA/MM/JJ
 École: _____ Classe: _____

Veuillez répondre aux questions en lien avec les antécédents médicaux de l'élève. Si vous répondez « oui », svp décrire.

1. Est-ce que l'élève a une condition médicale sérieuse? Non Oui: _____
2. Est-ce que l'élève prend des médicaments? Non Oui: _____
3. Est-ce que l'élève a déjà réagi à un vaccin? Non Oui: _____
4. Est-ce que l'élève a des antécédents de convulsion ou perte de connaissance? Non Oui: _____
5. Est-ce que l'élève a des allergies? Non Oui: _____

Veuillez signer « Oui » (vacciner) ou « Non » (ne pas vacciner) pour CHAQUE vaccin. Ce formulaire de consentement est valide pour 24 mois à moins d'une annulation écrite ou verbale auprès de Santé publique Ottawa.

Vaccin contre le méningocoque conjugué ACYW-135 (Obligatoire pour fréquenter l'école)

J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin contre le méningocoque **(une dose)**.

Oui Initiales: _____
 Non Initiales: _____

Vaccin contre l'hépatite B (HB)

J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin contre l'hépatite B **(deux doses administrées avec 6 mois d'intervalle)**.

Oui Initiales: _____
 Non Initiales: _____

Vaccin contre le virus papillome humain (anti-VPH)

J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin anti-VPH **(deux doses administrées avec 6 mois d'intervalle.)**

Oui Initiales: _____
 Non Initiales: _____

Nom complet du tuteur légal: _____ Relation: _____
 Signature du tuteur légal: _____ Date: _____ AAAA/MM/JJ
 Signature de l'élève: _____ Date: _____ AAAA/MM/JJ

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* section 5 et seront utilisés aux fins de la vaccination et de la mise à jour du dossier d'immunisation. Toute question concernant la collecte et l'utilisation des renseignements personnels sur la santé peut être transmise au superviseur de l'Unité d'immunisation de Santé publique Ottawa par la poste au 100, promenade Constellation, Ottawa (Ontario) K2G 6J8, par téléphone au 613-580-6744, ou par courriel à immunisation@ottawa.ca. Vous pouvez aussi consulter les Énoncés sur les pratiques en matière de protection des renseignements personnels du médecin chef en santé publique à <https://ottawa.ca/fr/hotel-de-ville/administration-ouverte-et-transparente-et-qui-rend-compte-de-ses-actes/acces-information-et-protection-de-la-vie-privee/protection-de-la-vie-privee/protection-des-renseignements-personnels-sur-la-sante>

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR LES VACCINS SCOLAIRES
(Ce côté est à l'usage exclusif de la clinique)



Nom de famille de l'élève: _____ Prénom de l'élève: _____
 Date de naissance: _____ *AAAA/MM/JJ* Âge : _____
 ID du client: _____

Administer le ou les vaccin(s) coché(s) suivant(s)	Consentement obtenu (initiales)	Panorama vérifié		Numéro de la dose
		Intervalle approprié (initiales)	Dose requise (initiales)	
<input type="checkbox"/> Men-C-ACYW-135				_ / 1
<input type="checkbox"/> HB				_ / _
<input type="checkbox"/> HPV				_ / _

J'ai utilisé deux pièces d'identification et, en examinant les questions d'évaluation, j'ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu'il peut recevoir le/les vaccin(s). Initiale & désignation: _____

Menactra^{MD}

Nimenrix^{MD}

Engerix^{MD}-B Recombivax^{MD}

Gardasil^{MD}9

Numéro de lot

Diluent
(Nimenrix^{MD} seulement)

Numéro de lot

Numéro de lot

Dose et voie d'administration:

0.5ml Intramusculaire

Dose et voie d'administration:

1.0ml Intramusculaire
 0.5ml Intramusculaire

Dose et voie d'administration:

0.5ml Intramusculaire

Site:

Deltoïde gauche
 Deltoïde droit

Site:

Deltoïde gauche
 Deltoïde droit

Site:

Deltoïde gauche
 Deltoïde droit

Administration:

Heure: _____

Date: _____

Administration:

Heure: _____

Date: _____

Administration:

Heure: _____

Date: _____

Signature et désignation:

Signature et désignation:

Signature et désignation:

Clinical Notes (date and time): _____

Signature and Designation: _____

Initiales lorsque téléchargé à Panorama: _____

Date téléchargé à Panorama : _____