



DT9415

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES A ET B ET CONTRE LES VPH EN 4^e ANNÉE DU PRIMAIRE

Nom de l'enfant					
Prénom de l'enfant					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
Adresse (N°, rue)			Expiration		
Ville			Code postal		

- Remplissez toutes les sections du formulaire y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
- Signez le formulaire.
- Détachez le formulaire du dépliant et retournez-le sans délai à l'école, que vous acceptiez ou non la vaccination.

Identification complémentaire					
Nom de l'école					Groupe
Nom du parent 1		Nom du parent 2		Nom du tuteur (s'il y a lieu)	
Votre statut : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur			Téléphone où l'on peut vous joindre		Ind. rég. Numéro

Antécédents médicaux et vaccinaux de l'enfant	
1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Si oui, indiquez la cause : <input type="checkbox"/> Vaccin <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament (ex. : chimiothérapie)? Si oui, votre enfant devra recevoir une dose de plus.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veillez fournir le carnet de vaccination de votre enfant lorsque l'infirmière en fera la demande, que vous acceptiez ou non la vaccination. Ces informations seront validées et consignées, incluant les doses qui seront administrées, par l'infirmière du CLSC.	

Consentement (décision) du parent ou du tuteur			
<p>Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de cet enfant. Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le dépliant qui est joint à ce formulaire. Pour toute explication additionnelle sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.</p> <p>Vous devez vous prononcer sur les points qui suivent, en cochant, pour chacun de ces points, la case indiquant votre consentement ou votre refus. Vous devez signer ensuite au bas de la section. Lorsque vous donnez votre consentement, celui-ci s'applique à toute la série vaccinale, qui comprend 1 dose de chacun des vaccins mentionnés ci-dessous.</p>			
<p>1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les hépatites A et B. [En milieu scolaire, une dose de Twinrix (vaccin combiné contre les hépatites A et B) ainsi qu'une dose de Recombivax HB (vaccin contre l'hépatite B) sont administrées].</p> <p><input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ces vaccins.</p> <p><input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant reçoive ces vaccins.</p> <p><input type="checkbox"/> NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les hépatites A et B ou a déjà fait l'hépatite A et l'hépatite B.</p>			
<p>2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain). [En milieu scolaire, une dose de Gardasil 9 (vaccin qui protège contre 9 types de VPH) et une dose de Cervarix (vaccin qui protège contre 2 types de VPH) sont administrées].</p> <p><input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ces vaccins.</p> <p><input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant reçoive ces vaccins.</p> <p><input type="checkbox"/> NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les VPH.</p>			
Signature du parent ou du tuteur		Date	Année Mois Jour

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

À L'USAGE DU CLSC
Informations relatives à la vaccination

N° ID SI-PMI

Première dose			
Contre-indication de la vaccination (précisez)			
Nom du CLSC			
Adresse du CLSC (numéro, rue, ville, province)			Code postal
Lieu de vaccination			
Nom du vaccin	Numéro de lot	Dose	Site de l'injection
<input type="checkbox"/> Twinrix		<input type="checkbox"/> 0,5 ml IM	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
<input type="checkbox"/> Gardasil 9		<input type="checkbox"/> 0,5 ml IM	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
Date de la vaccination		Heure de la vaccination	
	Année Mois Jour		Heures Minutes
Remarques			
Signature de l'infirmière		N° de permis	
Si une 2 ^e personne a administré les vaccins, signature de l'infirmière ou de l'infirmière auxiliaire		N° de permis	

Deuxième dose			
Contre-indication de la vaccination (précisez)			
Nom du CLSC			
Adresse du CLSC (numéro, rue, ville, province)			Code postal
Lieu de vaccination			
Nom du vaccin	Numéro de lot	Dose	Site de l'injection
<input type="checkbox"/> Recombivax HB		<input type="checkbox"/> 0,5 ml IM	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
<input type="checkbox"/> Cervarix		<input type="checkbox"/> 0,5 ml IM	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
Date de la vaccination		Heure de la vaccination	
	Année Mois Jour		Heures Minutes
Remarques			
Signature de l'infirmière		N° de permis	
Si une 2 ^e personne a administré les vaccins, signature de l'infirmière ou de l'infirmière auxiliaire		N° de permis	