



DT9415

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES A ET B ET CONTRE LES VPH EN 4<sup>e</sup> 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 <sup>o</sup> d'assurance maladie			Année		
			Mois		
Adresse (N <sup>o</sup> , 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
<b>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.</b>	

Consentement (décision) du parent ou du tuteur			
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.			
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.			
<b>1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les hépatites A et B.</b>			
[En 4 <sup>e</sup> année du primaire, une dose de Twinrix (vaccin combiné contre les hépatites A et B) est administrée. Si votre enfant a déjà été vacciné contre l'une de ces maladies, l'infirmière administrera le vaccin si requis].			
<input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ce vaccin.			
<input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant reçoive ce vaccin.			
<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.			
<b>2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain).</b>			
[En 4 <sup>e</sup> année du primaire, une dose de Gardasil 9 (vaccin qui protège contre 9 types de VPH) est administrée].			
<input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ce vaccin.			
<input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant reçoive ce vaccin.			
<input type="checkbox"/> NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les VPH.			
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
--------------

Lieu de vaccination et contre-indication de la vaccination					
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		
Remarques					
Signature de l'infirmière			N° de permis		
Si une 2 <sup>e</sup> personne a administré les vaccins, signature de l'infirmière ou de l'infirmière auxiliaire			N° de permis		