



DT9243

FORMULAIRE SUR LE STATUT DE PROTECTION ET LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE EN MILIEU SCOLAIRE

N° de dossier					
Nom et prénom de l'utilisateur					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Expiration	Année	Mois
Adresse					
Ville			Code postal		

- Remplissez le formulaire en lettres moulées, y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
- Signez et détachez le formulaire du dépliant puis retournez-le à l'école sans délai, que vous acceptiez ou non la vaccination.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE (À remplir par le parent ou le tuteur d'un enfant de moins de 14 ans OU par la personne âgée de 14 ans ou plus)

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 <input type="checkbox"/> Personne âgée de 14 ans ou plus			
Ind. rég.	N° de téléphone	Si vous consentez à être rejoint par courriel, veuillez l'inscrire :	

INFORMATION SUR LA PROTECTION DE LA PERSONNE ET CONSENTEMENT (DÉCISION)

Après vérification, l'information sur sa protection contre la rougeole n'est pas accessible. Veuillez joindre une preuve de protection valide parmi les suivantes :

- La personne est née avant 1970 (aucune preuve à fournir) ;
- Attestation d'un professionnel de la santé portant les noms et les dates complètes de vaccination (ex. : carnet ou photocopie)
 - o 2 doses de vaccin après l'âge de 1 an sont nécessaires si la personne est née en 1980 ou après ;
 - o 1 dose de vaccin après l'âge de 1 an est nécessaire si la personne est née entre 1970 et 1979 ;
- Attestation d'un professionnel de la santé qui certifie que la personne a eu la rougeole et qui en précise la date ;
- Résultats de laboratoires.

Si aucune preuve ne peut être fournie, la personne peut recevoir la vaccination contre la rougeole si elle le souhaite. Les explications vous permettant de prendre une décision claire vous sont fournies dans ce dépliant. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec l'infirmière de l'école, un professionnel de la santé ou Info-Santé 811.

Consentement ou refus à la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons avec ou sans la varicelle

- NE S'APPLIQUE PAS**, car la personne est considérée comme protégée contre la rougeole (joindre une preuve si requise).
- JE CONSENS** à la vaccination contre les maladies suivantes **si requise** à la suite de l'analyse par le professionnel de la santé. Vous devez remplir la section **Antécédents médicaux de la personne à vacciner** ci-dessous.
- Vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
- Vaccin contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la **varicelle**
- JE REFUSE** la vaccination et je comprends qu'en présence d'un cas de rougeole à l'école, une personne non vaccinée se verrait retirée de l'école jusqu'à la fin de l'éclosion pour sa protection et celle de son entourage.

Signature du parent, du tuteur ou de la personne âgée de 14 ans ou plus	Date	Année	Mois	Jour
-------------------------------------------------------------------------	------	-------	------	------

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA PERSONNE À VACCINER (À remplir seulement si vous consentez à la vaccination)

- Réaction allergique grave à la suite d'un vaccin ou autre produit (ex. : néomycine), qui a nécessité des soins médicaux d'urgence : Oui Non Si oui, préciser : _____
- Problème du système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : cancer) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : traitement contre le cancer) : Oui Non Si oui, préciser : _____
- Injection d'immunoglobuline, de sang ou de produits sanguins au cours des 11 derniers mois : Oui Non
- Injection de vaccins dans les 4 semaines avant la vaccination : Oui Non
- A fait la varicelle après l'âge de 1 an : Oui Non Ne sais pas
- Présentement enceinte : Oui Non Ne sais pas Ne s'applique pas

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, un professionnel de la santé communiquera avec vous.

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

N° ID SI-PMI

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL QUI VACCINE

CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Remplir cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)

Notes :

Signature du professionnel <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien	No de permis :	Date	Année	Mois	Jour
			Année	Mois	Jour
Nom du témoin :		Date	Année	Mois	Jour

VACCINATION 1

Contre-indication/précautions à la vaccination (précisez) :

Lieu de vaccination : **Autre dose requise :** Oui Non Saisie SI-PMI

Date de vaccination (année, mois, jour)	Heure de vaccination	Nom du vaccin	N° de lot	Dose et voie d'administration	Site de l'injection
		<input type="checkbox"/> M-M-R II <input type="checkbox"/> Proquad <input type="checkbox"/> Autre : _____		Contenu du format unidose SC	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit

Notes : _____

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À INITIER ET À PROCÉDER À LA VACCINATION

Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

Nom : _____ Signature : _____ N° de permis : _____

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES VACCINS

(Si différent du professionnel habilité à initier et à procéder à la vaccination)

Nom : _____ Signature : _____ Profession (précisez) : _____ N° de permis : _____

VACCINATION 2 (s'il y a lieu)

Contre-indication/précautions à la vaccination (précisez) :

Lieu de vaccination : **Autre dose requise :** Oui Non Saisie SI-PMI

Date de vaccination (année, mois, jour)	Heure de vaccination	Nom du vaccin	N° de lot	Dose et voie d'administration	Site de l'injection
		<input type="checkbox"/> M-M-R II <input type="checkbox"/> Proquad <input type="checkbox"/> Autre : _____		Contenu du format unidose SC	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit

Notes : _____

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À INITIER ET À PROCÉDER À LA VACCINATION

Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

Nom : _____ Signature : _____ N° de permis : _____

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES VACCINS

(Si différent du professionnel habilité à initier et à procéder à la vaccination)

Nom : _____ Signature : _____ Profession (précisez) : _____ N° de permis : _____