



DT9415

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE A ET CONTRE LES VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH) EN 4<sup>e</sup> ANNÉE DU PRIMAIRE

N° de dossier					
Nom et 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 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 sans délai à l'école, que vous acceptiez ou non la vaccination.

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

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			
Ind. rég.	N° de téléphone	Si vous consentez à être rejoint par courriel, veuillez l'inscrire :	

### 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?  Oui  Non  
Si oui, indiquez la cause :  Vaccin  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
2. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : cancer) ou d'un médicament (ex. : traitement contre le cancer)?  Oui préciser : \_\_\_\_\_  Non  
Si oui, votre enfant pourrait recevoir des doses supplémentaires.

**Veillez fournir le carnet de vaccination de votre enfant que vous acceptiez ou non la vaccination. Ces informations seront validées et consignées, incluant les doses qui seront administrées.**

### CONSENTEMENT (DÉCISION) DU PARENT OU DU TUTEUR

Comme parent ou tuteur de l'enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à sa vaccination.

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.

#### 1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre l'hépatite A.

- JE CONSENS** à ce que mon enfant reçoive ce vaccin à la suite de l'analyse du professionnel de la santé.
- JE REFUSE** que mon enfant reçoive ce vaccin.
- NE S'APPLIQUE PAS** car mon enfant a déjà été vacciné contre l'hépatite A ou a déjà fait l'hépatite A :  
date de vaccin ou de la maladie : \_\_\_\_\_

#### 2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain).

- JE CONSENS** à ce que mon enfant reçoive ce vaccin à la suite de l'analyse du professionnel de la santé.
- JE REFUSE** que mon enfant reçoive ce vaccin.
- NE S'APPLIQUE PAS** car mon enfant a déjà été vacciné contre les VPH : date de vaccin \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur	Date	Année	Mois	Jour

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

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS								
Date de vaccination (année, mois, jour)	Heure de vaccination	Nom du produit immunisant (vaccin)	N° de lot	Quantité/unité	Voie d'administration	Site d'administration		
					Intra-musculaire	Bras gauche	Bras droit	Initiales
		<input type="checkbox"/> Havrix <input type="checkbox"/> Vaqta <input type="checkbox"/> Autres : _____		0.5 ml	I.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Gardasil <input type="checkbox"/> Autres : _____		Contenu du format unidose	I.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>LIEU DE VACCINATION :</b>							<input type="checkbox"/> Saisie SI-PMI	
<b>INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À INITIER ET À PROCÉDER À LA VACCINATION</b>								
<input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien								
Nom :			Initiales :	Signature :		N° de permis :		
<b>INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES VACCINS</b> (Si différent du professionnel habilité à initier et à procéder à la vaccination)								
Nom :		Initiales	Signature :		Profession (précisez) :		N° de permis :	
Nom :		Initiales	Signature :		Profession (précisez) :		N° de permis :	

Notes :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---