



DT9415

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

No de dossier					
Nom de l'enfant					
Prénom de l'enfant					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N ^o d'assurance maladie			Année Mois		
			Expiration		
Adresse (N ^o , rue)					
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.	

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.			
1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre l'hépatite A. [En 4 ^e année du primaire, une dose de vaccin contre l'hépatite A est administrée. Si votre enfant a déjà été vacciné contre cette maladie, l'infirmière administrera le vaccin seulement 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 l'hépatite A ou a déjà fait l'hépatite A.			
2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain). [En 4 ^e année du primaire, une dose de vaccin qui protège contre plusieurs 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
----------------------	---------------

N° ID SI-PMI

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL QUI VACCINE

DÉTAIL DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS							
Date de vaccination (année, mois, jour)	Heure (00 : 00) de vaccination	Nom du produit immunisant (vaccin)	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration	Site d'administration	
					Intra-musculaire	Bras gauche	Bras droit
					I.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					I.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LIEU DE VACCINATION :

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À PROCÉDER À LA VACCINATION
 Infirmière Médecin Inhalothérapeute Sage-femme Pharmacien

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

INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES VACCINS
(À compléter seulement si l'administration du ou des vaccins a été fait par un contributeur)

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

Notes :
