



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES VACCINS SCOLAIRES

Nom de famille de l'élève: _____ Prénom de l'élève: _____

Date de naissance: _____ AAAA/MM/JJ

École: _____ Classe: _____

Veuillez répondre aux questions en lien avec les antécédents médicaux de l'élève. Si vous répondez « oui », svp décrire.

- | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Est-ce que l'élève a une condition médicale sérieuse? | ☐ Non | ☐ Oui: _____ |
| 2. Est-ce que l'élève prend des médicaments? | ☐ Non | ☐ Oui: _____ |
| 3. Est-ce que l'élève a déjà réagi à un vaccin? | ☐ Non | ☐ Oui: _____ |
| 4. Est-ce que l'élève a des antécédents de convulsion ou perte de connaissance? | ☐ Non | ☐ Oui: _____ |
| 5. Est-ce que l'élève a des allergies? | ☐ Non | ☐ Oui: _____ |

Veuillez signer « Oui » (vacciner) ou « Non » (ne pas vacciner) pour CHAQUE vaccin. Ce formulaire de consentement est valide pour 24 mois à moins d'une annulation écrite ou verbale auprès de Santé publique Ottawa.

Vaccin contre le méningocoque conjugué ACYW-135 (Obligatoire pour fréquenter l'école)

J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin contre le méningocoque **(une dose)**.

☐ **Oui** Initiales: _____

☐ **Non** Initiales: _____

Vaccin contre l'hépatite B (HB)

J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin contre l'hépatite B **(deux doses administrées avec 6 mois d'intervalle)**.

☐ **Oui** Initiales: _____

☐ **Non** Initiales: _____

Vaccin contre le virus papillome humain (anti-VPH)

J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin anti-VPH **(deux doses administrées avec 6 mois d'intervalle.)**

☐ **Oui** Initiales: _____

☐ **Non** Initiales: _____

Nom complet du tuteur légal: _____	Relation: _____
Signature du tuteur légal: _____	Date: _____ AAAA/MM/JJ
Signature de l'élève: _____	Date: _____ AAAA/MM/JJ

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* section 5 et seront utilisés aux fins de la vaccination et de la mise à jour du dossier d'immunisation. Toute question concernant la collecte et l'utilisation des renseignements personnels sur la santé peut être transmise au superviseur de l'Unité d'immunisation de Santé publique Ottawa par la poste au 100, promenade Constellation, Ottawa (Ontario) K2G 6J8, par téléphone au 613-580-6744, ou par courriel à immunisation@ottawa.ca. Vous pouvez aussi consulter les Énoncés sur les pratiques en matière de protection des renseignements personnels du médecin chef en santé publique à <https://ottawa.ca/fr/hotel-de-ville/administration-ouverte-et-transparente-et-qui-rend-compte-de-ses-actes/acces-information-et-protection-de-la-vie-privee/protection-de-la-vie-privee/protection-des-renseignements-personnels-sur-la-sante>

FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR LES VACCINS SCOLAIRES

(Ce côté est à l'usage exclusif de la clinique)



Nom de famille de l'élève: _____ Prénom de l'élève: _____
 Date de naissance: _____ Âge : _____
 ID du client: _____

Administrar le ou les vaccin(s) coché(s) suivant(s)	Consentement obtenu (initiales)	Panorama vérifié		Numéro de la dose
		Intervalle approprié (initiales)	Dose requise (initiales)	
☐ Men-C-ACYW-135				___/ 1
☐ HB				___/___
☐ HPV				___/___

J'ai utilisé deux pièces d'identification et, en examinant les questions d'évaluation, j'ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu'il peut recevoir le/les vaccin(s). Initiale & désignation: _____

MenQuadfi

Menveo

Nimenrix

Engerix-B

Recombivax

Gardasil 9

Numéro de lot

Diluent
(Nimenrix^{MD} seulement)

Dose et voie d'administration:

☐ 0.5ml Intramusculaire

Site:

☐ Deltoïde gauche
☐ Deltoïde droit

Administration:

Heure: _____

Date: _____

Signature et désignation:

Numéro de lot

Dose et voie d'administration:

☐ 1.0ml Intramusculaire
☐ 0.5ml Intramusculaire

Site:

☐ Deltoïde gauche
☐ Deltoïde droit

Administration:

Heure: _____

Date: _____

Signature et désignation:

Numéro de lot

Dose et voie d'administration:

☐ 0.5ml Intramusculaire

Site:

☐ Deltoïde gauche
☐ Deltoïde droit

Administration:

Heure: _____

Date: _____

Signature et désignation:

Clinical Notes (date and time): _____

Signature and Designation: _____

Initiales lorsque téléchargé à Panorama: _____

Date téléchargé à Panorama : _____