

Vaccination contre la grippe saisonnière et vaccin antipneumococcique – Formule de consentement



Région : _____ Lieu de vaccination : _____ Date : _____

SECTIONS A, B, C ET D REMPLIES PAR :

Client Parent Décideur officiel Autre _____ (au nom du client)

A. Renseignement sur le client (en lettres moulées)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

N° de tél. (dom.) : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ Sexe H F

N° d'immatriculation Santé Manitoba (6 chiffres) : _____ N° d'identification personnelle (9 chiffres) : _____

B. Antécédents médicaux du client

1. Vous sentez-vous bien aujourd'hui? Oui Non

Si non, veuillez préciser : _____

2. Avez-vous des allergies? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

3. Avez-vous déjà eu une réaction ou été atteint d'une maladie grave après avoir reçu un vaccin? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

4. Avez-vous des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? Oui Non

Si oui, veuillez en discuter avec la personne qui vous vaccine : _____

5. Prenez-vous des médicaments qui agissent sur la coagulation du sang? Oui Non

Si oui, veuillez les énumérer : _____

C. Raisons de l'immunisation – Veuillez cocher la principale raison applicable (Cochez UNE seule case)

1. Travailleur des services de santé 2. Risque élevé 3. Contact avec une personne à risque élevé 4. Aucun risque connu

Travailleur des services de santé seulement : • indiquez votre milieu de travail principal :
Établissement de soins de longue durée ou de soins personnels
 de soins communautaires de soins actifs
• indiquez le nom de l'établissement ou du bureau : _____

D. Consentement éclairé – Consultez la personne qui administre les vaccins si vous ne pouvez obtenir de signature

J'ai lu et compris les fiches de renseignements concernant les vaccins et, tel qu'il est indiqué ci-dessous, je consens à ce qu'ils soient administrés à la personne susmentionnée. J'ai pu poser des questions sur ces vaccins et recevoir des réponses satisfaisantes.

Remplissez UNE SEULE des options suivantes :

1. Consentement d'un parent ou d'un décideur officiel

Je consens à ce que la personne ci-dessus reçoive un vaccin :

contre la grippe saisonnière antipneumococcique

Nom : _____

Lien de parenté : _____

N° de téléphone : _____

Date : _____

Signature : _____

2. Consentement du client

Je consens à recevoir un vaccin :

contre la grippe saisonnière antipneumococcique

Date : _____

Signature : _____

Remarque : les renseignements sur votre immunisation seront saisis dans le système manitobain de contrôle de l'immunisation (MIMS) et utilisés par Santé Manitoba pour créer des dossiers d'immunisation et vérifier la participation, ainsi que l'efficacité du vaccin, et pourrait aussi servir à la recherche. Tous les renseignements recueillis dans le système seront protégés conformément aux dispositions en matière de protection de la confidentialité de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

RÉSERVÉ AUX DISPENSATEURS DE VACCINS

Le vaccinateur doit appliquer les cinq dispositions suivantes et attester de leur mise en œuvre en cochant les cases :

- Fiche(s) de renseignement fournie(s)
- Antécédents médicaux recueillis et examinés
- Renseignements fournis sur les avantages et les risques liés au vaccin
- Renseignements fournis pour signaler les effets secondaires du vaccin (Les effets secondaires à signaler en vertu du paragraphe 57(2) de la *Loi sur la santé publique*)
- Réponses apportées aux préoccupations et aux questions

Cochez cette case si le client qui n'a pu signer la section D a donné son consentement verbal

Remarque : Santé Manitoba recommande d'obtenir le consentement écrit du client chaque fois que c'est possible.

Vaccin	Date (J/M/A)	N° du lot	Fabricant	Dose	Voie	Site	Signature du dispensateur	Saisie dans MIMS
Grippe saisonnière	Dose 1							
	Dose 2							
Antipneumo.(Pneu-P-23)								