

Parties A, B, C, D et E remplies par :

Client Parent Subrogé légal Autre _____ (au nom du client)

A. Renseignements sur le client (veuillez écrire en lettres moulées)

Nom de famille _____ Prénoms _____
 Adresse de résidence _____ Ville _____ Code postal _____
 N° de téléphone _____ Courriel _____
 Sexe Homme / Femme / X Date de naissance (jj-mm-aaaa) _____ / _____ / _____
 N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) _____ N° d'identification personnel (9 chiffres) _____
 Nom de l'école : _____ Ville ou village : _____ Année : _____

B. Antécédents médicaux du client

1. Avez-vous de la fièvre ou d'autres symptômes qui pourraient être causés par la COVID-19? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
2. Avez-vous des allergies connues ou suspectées (p. ex., alimentaires, médicamenteuses, environnementales)? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
3. Avez-vous une allergie connue ou suspectée au polyéthylène glycol (PEG), au polysorbate 80 ou à la trométhamine? Oui Non
4. Avez-vous déjà eu une réaction ou une maladie grave après avoir reçu un vaccin? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
5. Avez-vous des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? Oui Non
Si oui, veuillez en discuter avec le vaccinateur : _____
6. Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours? Oui Non
7. Prenez-vous des médicaments qui agissent sur la coagulation du sang? Oui Non
Si oui, veuillez les énumérer : _____
8. Êtes-vous enceinte, prévoyez-vous de le devenir ou allaitez-vous? Oui Non
9. Votre système immunitaire est-il affaibli à cause d'une maladie (p. ex., leucémie) ou d'un traitement (p. ex., stéroïdes à dose élevée)? Oui Non
10. Avez-vous une maladie auto-immune (p. ex., polyarthrite rhumatoïde ou sclérose en plaques)? Oui Non
11. Avez-vous des antécédents de thrombose veineuse cérébrale ou de thrombocytopénie sous héparine? Oui Non
12. Avez-vous déjà reçu une dose d'un vaccin contre la COVID-19? Oui Non

C. Identité raciale, ethnique ou autochtone :

Depuis mai 2020, la Santé publique recueille des renseignements sur l'identité raciale, ethnique ou autochtone des personnes chez qui la COVID-19 a été diagnostiquée. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer la nécessité d'accroître l'accessibilité à la vaccination dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. En gardant cela à l'esprit, lequel des termes suivants décrit le mieux la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez?

Africain Noir Chinois Philippin Latino-Américain Autochtone de l'Amérique du Nord – c.-à-d., membre des Premières Nations, Métis ou Inuit Sud-Asiatique Asiatique du Sud-Est Blanc Autre _____ Préfère ne pas répondre

Si vous avez indiqué être Autochtone de l'Amérique du Nord, êtes-vous : Membre des Premières Nations Métis Inuit Sans objet

D. Consentement éclairé – Consultez le vaccinateur si vous ne pouvez pas obtenir de signature

J'ai lu et compris les fiches d'information concernant les risques et les bienfaits des vaccins et je consens à ce qu'ils soient administrés à la personne susmentionnée dans la partie A. Mon consentement s'applique à toutes les doses nécessaires pour achever la série pendant l'année. J'ai pu poser des questions sur ces vaccins et recevoir des réponses satisfaisantes.

Remplissez UNE SEULE des options suivantes :

1. Consentement du subrogé légal

Je consens à ce que la personne ci-dessus reçoive le vaccin contre la COVID-19.

Nom _____
 Relation _____
 N° de téléphone _____
 Date (jj-mm-aaaa) _____
 Signature _____

2. Consentement du client

Je consens à recevoir le vaccin contre la COVID-19.

Date (jj-mm-aaaa) _____
 Signature _____

E. Consentement à l'utilisation et à la communication des coordonnées

J'autorise, en connaissance de cause, le ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées à utiliser et à communiquer les coordonnées que j'ai fournies sur le présent formulaire à une organisation tierce dans le seul but de communiquer avec moi pour fixer mon rendez-vous en vue de l'administration de la deuxième dose du vaccin.

Date _____
 Signature _____

