

Formulaire amélioré de consentement à l'immunisation contre la COVID-19



Région _____ Emplacement de la clinique _____ Date _____

Sections A, B et C remplies par :

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

A. Renseignements sur le client (en lettres moulées)

Nom de famille _____ Prénoms _____

Adresse de résidence _____ Ville _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ Date de naissance (jj-mm-aaaa) _____ / _____ / _____

Sexe Homme / Femme / Intersexué / Non précisé

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

B. Antécédents médicaux affinés du client

Si votre système immunitaire est affaibli en raison d'une maladie ou d'un traitement, veuillez répondre aux questions 1 à 5.

1. J'ai lu et compris les renseignements contenus dans la fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19 ET les renseignements qui m'ont été fournis par mon fournisseur de vaccin ou mon fournisseur de soins de santé. Oui Non
2. Je comprends qu'il y a peu de données prouvant que l'immunosuppression est un facteur de risque indépendant pour les formes graves de COVID-19. Oui Non
3. Je comprends que les maladies immunodéprimantes varient dans leurs effets sur le système immunitaire et peuvent modifier la réponse à la vaccination en fonction de la maladie sous-jacente, de la progression de la maladie et de l'utilisation de médicaments qui suppriment la fonction immunitaire. Oui Non
4. Je comprends qu'il existe très peu de données sur l'utilisation du vaccin contre la COVID-19 chez les personnes immunodéprimées. Oui Non
5. Je comprends qu'il y a peu de données prouvant que le vaccin contre la COVID-19 me sera bénéfique. Oui Non

Si vous avez une maladie auto-immune, veuillez répondre aux questions 6 à 12.

6. J'ai lu et compris les renseignements contenus dans la fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19 ET les renseignements qui m'ont été fournis par mon fournisseur de vaccin ou mon fournisseur de soins de santé. Oui Non
7. Je comprends qu'il y a peu de données prouvant qu'avoir une maladie auto-immune est un facteur de risque indépendant pour les formes graves de COVID-19. Oui Non
8. Je comprends que les maladies auto-immunes varient dans leurs effets sur le système immunitaire et peuvent modifier la réponse à la vaccination en fonction de la maladie sous-jacente, de la gravité et de la progression de la maladie et de l'utilisation de médicaments qui ont un effet sur la fonction immunitaire. Oui Non
9. Je comprends qu'il existe très peu de données sur la vaccination contre la COVID-19 chez les personnes atteintes d'une maladie auto-immune. Oui Non
10. Je comprends qu'il y a peu de données prouvant que le vaccin contre la COVID-19 me sera bénéfique. Oui Non
11. Je comprends qu'il est possible que le vaccin contre la COVID-19 puisse aggraver ma maladie auto-immune bien que les renseignements soient limités à cet effet. Oui Non
12. Je comprends que la fièvre est un effet secondaire possible de la vaccination qui pourrait aggraver **temporairement** les symptômes de ma maladie auto-immune. Oui Non

Si vous êtes enceinte, si vous prévoyez de le devenir ou si vous allaitez, répondez aux questions 13 à 19.

13. J'ai lu et compris les renseignements contenus dans la fiche d'information sur le vaccin contre la COVID-19 ET les renseignements qui m'ont été fournis par mon fournisseur de vaccin ou mon fournisseur de soins de santé. Oui Non
14. Je comprends qu'il y a peu de données démontrant que la grossesse est un facteur de risque indépendant pour une forme grave de la COVID-19. Oui Non
15. Je comprends également que l'âge (≥ 35 ans), l'asthme, l'obésité, le diabète préexistant, l'hypertension préexistante et les maladies cardiaques sont des facteurs de risque indépendants pour une forme grave de la COVID-19. Oui Non
16. Je comprends qu'il existe très peu de données sur l'utilisation du vaccin contre la COVID-19 chez les femmes enceintes ou allaitantes. Oui Non
17. Je comprends qu'il n'existe aucune donnée permettant de déterminer si le vaccin contre la COVID-19 présente un risque pour le fœtus ou le bébé allaité. Oui Non
18. Je comprends qu'il n'y a pas de données indiquant si le vaccin contre la COVID-19 peut être trouvé dans le lait maternel. Oui Non
19. Je comprends qu'il n'y a pas de données pour guider l'intervalle de temps entre l'achèvement de la série de vaccins contre la COVID-19 et la conception. Le Comité consultatif national de l'immunisation recommande de retarder la grossesse de 28 jours ou plus après l'administration de la série complète de vaccins contre la COVID-19. Oui Non
-

C. Consentement éclairé

Vaccinateur ou fournisseur de soins de santé

Nom et prénoms (en lettres moulées) _____

Signature du vaccinateur ou du fournisseur de soins de santé _____ Date _____

Signature du client _____ Date _____