

**Formulaire de consentement à l'administration du vaccin contre la grippe saisonnière ou du vaccin antipneumococcique**

Région \_\_\_\_\_ Emplacement de la clinique : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**PARTIES A, B, C ET D REMPLIES PAR :**

Client     Père ou mère     Subrogé légal     Autre \_\_\_\_\_ (au nom du client)

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

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Ville/village \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 N° de tél. (domicile) \_\_\_\_\_ Date de naissance (a-m-j) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe Homme  / Femme   
 N° d'immatriculation de 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 un trouble médical 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 (Cochez UNE seule case)**

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

Pour les travailleurs de la santé seulement    • Quel est votre milieu de travail principal : \_\_\_\_\_  
 Soins de longue durée/foyer de soins personnels     Soins communautaires     Soins actifs  
 • Indiquez le nom de votre établissement/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 du père, de la mère ou du subrogé légal**

Je consens à ce que la personne ci-dessus reçoive le :  
 Vaccin contre la grippe saisonnière     Vaccin antipneumococcique  
 Nom \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté ou autre : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

**2. Consentement du client**

J'accepte de recevoir le :  
 Vaccin contre la grippe saisonnière     Vaccin antipneumococcique  
 Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

Avis : Les données relatives aux immunisations que vous recevez (vous ou vos enfants, le cas échéant) pourraient être conservées dans le registre d'immunisation provincial. Ce registre permet à votre fournisseur de soins de santé de savoir quels vaccins votre enfant ou vous-même avez reçus ou devriez recevoir. Les données recueillies dans le registre d'immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d'immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu'une immunisation a été manquée. Santé, Aînés et Vie active Manitoba peut utiliser ces renseignements dans le but d'évaluer l'efficacité de différents vaccins en matière de prévention des maladies. La *Loi sur les renseignements médicaux personnels* protège les renseignements vous concernant. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles pour les fournisseurs de soins de santé. Pour plus de renseignements, veuillez vous adresser à votre bureau de la santé publique local afin de discuter avec une infirmière de la santé publique ([www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html)).

**CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE QUI ADMINISTRE LES VACCINS :**

La personne qui administre les vaccins doit indiquer qu'elle a fait les cinq actions suivantes en cochant les cases associées :

1.  Feuilles de renseignements fournies
  2.  Antécédents médicaux recueillis et examinés
  3.  Renseignements fournis sur les avantages et les risques des vaccins
  4.  Nécessité de signaler les effets secondaires des vaccins expliquée (les incidents à signaler en vertu du paragraphe 57(2) de la *Loi sur la santé publique*)
  5.  Réponses apportées aux préoccupations et aux questions
- Cochez cette case si vous avez dû obtenir le consentement verbal du client, car il n'était pas en mesure de signer la partie D.

**Remarque :** Santé Manitoba recommande d'obtenir autant que possible le consentement écrit du client.

Vaccin	Date (A/M/J) :	N° de lot	Fabricant	Dose	Voie	Lieu d'injection	Signature de la personne qui administre le vaccin	Saisie des données
Grippe saisonnière	Dose 1							
	Dose 2							
Antipneumococcique (Pneu-P-23)								