Seasonal Influenza and Pneumococcal Vaccine Consent Form

Region _____ Clinic Location _____ Date _____ - _____

SECTIONS A, B, C AND D COMPLETED BY:

☐ Client ☐ Parent ☐ Legal decision maker ☐ Other _____ (on behalf of client)

A. Client Information - please print

Surname _____ Given Names _____

Address _____ City/Town _____ Postal Code _____

Home Phone _____ Date of Birth (yyyy/mm/dd) _____/ _____/ _____ Gender Male ☐ Female ☐

Manitoba Health Number (6 digits) _____ Personal Health Information Number (9 digits) _____

B. Health History of Client

1. Are you well today? ☐ Yes ☐ No
   If no, describe _____
2. Do you have any allergies? ☐ Yes ☐ No
   If yes, describe _____
3. Have you ever had a serious reaction or condition following any vaccine? ☐ Yes ☐ No
   If yes, describe _____
4. Do you have any conditions that require regular visits to a doctor? ☐ Yes ☐ No
   If yes, please discuss with immunizer _____
5. Are you taking any medication that affects blood clotting? ☐ Yes ☐ No
   If yes, please list _____

C. Reason for Immunization – Please check the first reason that applies (Check ONE box only)

1. ☐ Health care worker 2. ☐ High risk 3. ☐ Contact of high risk 4. ☐ No known risk

Health care workers only • indicate your primary work setting: ☐ Long-term care / PCH ☐ Community ☐ Acute

• print your facility / office name _____

D. Informed Consent – Consult immunization provider if no signature can be obtained

I have read and understood the fact sheet(s) regarding the vaccine(s) that I am consenting be administered to the above named person as indicated below. I have had the opportunity to ask questions about the vaccine(s) which were answered to my satisfaction.

Complete ONLY ONE of the following two options:

1. Consent by parent or legal decision maker

I consent to the above named person receiving:

☐ Seasonal Influenza Vaccine ☐ Pneumococcal Vaccine

Name _____

Relationship _____ Phone number _____ Date _____

Signature _____

2. Consent by client

I consent to receiving:

☐ Seasonal Influenza Vaccine ☐ Pneumococcal Vaccine

Date _____

Signature _____

Notice: Information about the immunizations you or your child(ren) receive may be recorded in the provincial immunization registry. This registry allows your health care providers to find out what immunizations you or your child(ren) have had or need to have. Information collected in the provincial immunization registry may be used to produce immunization records, or notify you or your doctor if a particular immunization has been missed. Manitoba Health, Seniors and Active Living may use the information to monitor how well different vaccines work in preventing disease. *The Personal Health Information Act* protects your information. You can have your personal health information hidden from view from health care providers. For more information, please contact your local public health office to speak with a public health nurse www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.html.

THE FOLLOWING SECTION TO BE COMPLETED BY IMMUNIZATION PROVIDER

The following five interventions must be performed and documented with a check mark by the immunization provider:

1. ☐ Fact sheet(s) provided
2. ☐ Health history completed and reviewed
3. ☐ Expected benefits and material risks of vaccine provided
4. ☐ Information provided about reporting vaccine side effects (Reportable side effects pursuant to section 57(2) of the Public Health Act)
5. ☐ Concerns and questions addressed

☐ Check this box if verbal consent has been obtained from client because they are unable to sign section D

Note: Manitoba Health recommends that written consent be obtained whenever possible.

Vaccine		Date Y/M/D	Lot #	Manufacturer	Dose	Route	Site	Immunization Provider's Signature	Data Entry
Seasonal Influenza	Dose 1								
	Dose 2								
Pneumococcal (Pneu-P-23)									

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

Manitoba

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

Vous sentez-vous bien aujourd'hui? ☐ Oui ☐ Non

Si non, veuillez préciser : _____

Avez-vous des allergies? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Avez-vous déjà eu une réaction ou un trouble médical grave après avoir reçu un vaccin? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser : _____

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 _____

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)

☐ Travailleur de la santé ☐ Risque élevé ☐ Contact avec une personne à risque élevé ☐ 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).

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 :

☐ Feuilles de renseignements fournies
☐ Antécédents médicaux recueillis et examinés
☐ Renseignements fournis sur les avantages et les risques des vaccins
☐ 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*)
☐ 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)									

Révisé en juin 2016