

**Formulaire de consentement à la vaccination contre la COVID-19,  
la grippe saisonnière et les infections à pneumocoque**



Effacer tout

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

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

Client \_\_\_\_\_ Parent/tuteur \_\_\_\_\_ Subrogé légal ou désigné \_\_\_\_\_

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

Nom(s) de famille \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Nom(s) préféré(s) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : Masculine Féminin X

N° d'identification de Santé Manitoba (6 chiffres) \_\_\_\_\_ N° d'identification personnel (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 connues ou présumées?                                                                                                                                                                                     | Oui | Non |
| Si oui, veuillez préciser : _____                                                                                                                                                                                                    |     |     |
| 3. Avez-vous déjà eu une réaction ou 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 préciser : _____                                                                                                                                                                                                    |     |     |
| 5. Prenez-vous des médicaments qui agissent sur la coagulation du sang?                                                                                                                                                              | Oui | Non |
| Si oui, veuillez les énumérer : _____                                                                                                                                                                                                |     |     |
| 6. Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'une maladie auto-immune (p. ex. la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques), une maladie (p. ex. la leucémie) ou un traitement (p. ex. des stéroïdes à haute dose)? | Oui | Non |
| Si oui, veuillez préciser : _____                                                                                                                                                                                                    |     |     |
| 7. Avez-vous reçu une dose du vaccin contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois?                                                                                                                                                | Oui | Non |
| 8. Avez-vous eu une infection confirmée à la COVID-19 au cours des 6 derniers mois?                                                                                                                                                  | Oui | Non |
| Si oui, quand? _____                                                                                                                                                                                                                 |     |     |

**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

Si vous êtes travailleur des services de santé, indiquez votre milieu de travail principal :

Soins de longue durée/FSP Soins communautaires Soins de courte durée

• Indiquez le nom de votre établissement/bureau \_\_\_\_\_

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

Les fiches de renseignements concernant les risques et les avantages liés à la vaccination sont consultables au [www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/div/vaccines.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/div/vaccines.fr.html). J'ai lu et compris l'information concernant les bienfaits et les risques des vaccins et je consens à l'administration de ces vaccins, malgré leurs possibles effets secondaires courants. J'ai pu poser des questions sur la vaccination et recevoir des réponses satisfaisantes.

**Remplissez UNE SEULE des options suivantes :**

**1. Consentement du parent/tuteur/subrogé légal ou désigné**

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

- Vaccin antigrippal (dose habituelle)
- Vaccin antigrippal à haute dose
- Vaccin contre la COVID-19
- Vaccin antipneumococcique (Pneu-P-23)

Nom \_\_\_\_\_

Lien avec la personne \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**2. Consentement du client (y compris mineur mature)**

Je consens à recevoir le :

- Vaccin antigrippal (dose habituelle)
- Vaccin antigrippal à haute dose
- Vaccin contre la COVID-19
- Vaccin antipneumococcique (Pneu-P-23)

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Les parents, les tuteurs ou les subrogés légaux ou désignés doivent discuter avec l'enfant des renseignements fournis sur les vaccins énumérés ci-dessus et le faire participer à la décision de donner son consentement à l'administration des vaccins. Même si un enfant peut être vacciné avec le consentement d'un parent, d'un tuteur légal ou d'un subrogé légal ou désigné, l'enfant a le droit d'être informé à propos de la vaccination. Un enfant peut donner son consentement à la vaccination si la personne qui administre le vaccin détermine que l'enfant comprend les conséquences de sa décision concernant la vaccination, y compris les bienfaits et les risques des vaccins, les réactions possibles aux vaccins et les risques associés au fait de ne pas être vacciné. Veuillez consulter les lignes directrices sur le consentement éclairé au : <https://www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/protocol/consentguidelines.pdf>.

Avis : Le ministère de la Santé est autorisé à recueillir les renseignements personnels et les renseignements personnels médicaux sur le présent formulaire en vertu du paragraphe 13 (1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels et de l'alinéa 36 (1) b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, car ils sont recueillis aux fins de l'administration de vaccins. Les données relatives aux vaccins que vos enfants ou vous-même recevez seront conservées dans le registre d'immunisation provincial. 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 vaccination a été manquée. La Loi sur les renseignements médicaux personnels protège vos renseignements. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles par 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 un membre du personnel infirmier de la santé publique ([www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html](http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html)).

Nom du client: \_\_\_\_\_ NIP : \_\_\_\_\_

**Formulaire de consentement à la vaccination contre la COVID-19,  
la grippe saisonnière et les infections à pneumocoque**



**E.** Depuis mai 2020, Santé publique recueille des renseignements sur l'identité raciale, ethnique et autochtone des personnes. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer les besoins d'accessibilité accrue aux vaccins 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 (ou décrivez votre enfant). Veuillez cocher la case correspondant à la communauté raciale ou ethnique qui vous décrit (ou décrit votre enfant) le mieux.

Africain    Noir    Chinois    Philippin    Latino-américain    Sud-asiatique    Asiatique du Sud-Est    Blanc  
 Autochtone d'Amérique du Nord (Première Nation, Métis, Inuit)    Autre    Préfère ne pas répondre

Si vous vous identifiez (ou identifiez votre enfant) comme Autochtone d'Amérique du Nord, vous identifiez-vous (ou identifiez-vous votre enfant) comme :

Membre des Premières Nations    Métis    Inuit

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

| Consentement verbal                |       |                                                          |                                              |
|------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Date: ____/____/____<br>aaaa/mm/jj | Nom : | Lein (parent/tuteur, subrogé légal ou désigné, client) : | Signature du fournisseur de soins de santé : |

| Consentement à l'aide d'un interprète        |             |                                    |
|----------------------------------------------|-------------|------------------------------------|
| Nom ou n° d'identification de l'interprète : | Téléphone : | Date: ____/____/____<br>aaaa/mm/jj |

| Vaccin                         | Date (A/M/J) : | N° de lot | Fabricant | Dose | Voie | Lieu d'injection | Signature du vaccinateur | Saisie des données |
|--------------------------------|----------------|-----------|-----------|------|------|------------------|--------------------------|--------------------|
| Antigrippal (dose habituelle)  |                |           |           |      |      |                  |                          |                    |
| Antigrippal à haute dose       |                |           |           |      |      |                  |                          |                    |
| COVID-19                       |                |           |           |      |      |                  |                          |                    |
| Antipneumococcique (Pneu-P-23) |                |           |           |      |      |                  |                          |                    |

| Renseignements additionnels |           |           |
|-----------------------------|-----------|-----------|
| Date<br>aaaa/mm/jj          | Remarques | Signature |
|                             |           |           |
|                             |           |           |
|                             |           |           |
|                             |           |           |
|                             |           |           |