

Formulaire de consentement à l'immunisation d'un enfant

A. Renseignements personnels

--	--	--	--	--	--

Nom de famille	Prénom	Âge	École	Année d'études	N° de la salle de classe
			Date de naissance		

N° d'identification personnelle (NIP) de Santé Manitoba (9 chiffres)

Année Mois Jour

Selon le calendrier des vaccinations recommandées pour les enfants au Manitoba, l'enfant susmentionné doit recevoir le ou les vaccins suivants :

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DCaT-VPI-Hib | Diphtérie, coqueluche (vaccin acellulaire), tétanos, polio, Haemophilus influenzae de type b | <input type="checkbox"/> Pneu-C-13 | Antipneumococcique (vaccin conjugué 13-valent) |
| <input type="checkbox"/> DCaT-VPI | Diphtérie, coqueluche (vaccin acellulaire), tétanos, polio | <input type="checkbox"/> Pneu-P-23 | Antipneumococcique (vaccin polysaccharidique 23-valent) |
| <input type="checkbox"/> RRO | Rougeole, rubéole, oreillons | <input type="checkbox"/> Men-C-C | Antiméningococcique (conjugué) |
| <input type="checkbox"/> VHB | Hépatite B (3 doses) | <input type="checkbox"/> RROV | Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle |
| <input type="checkbox"/> dcaT | Diphtérie, coqueluche (vaccin acellulaire), tétanos | <input type="checkbox"/> VPH | Virus du papillome humain (3 doses) |
| <input type="checkbox"/> Grippe | Influenza | <input type="checkbox"/> Autre : | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : | _____ |

Prière de lire attentivement la feuille de renseignements ci-jointe au sujet des avantages et des risques des vaccins.

Si vous n'avez pas reçu une feuille de renseignements ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec le bureau de la santé publique de votre région :

Une infirmière de la santé publique administrera ce ou ces vaccins à la date suivante : _____

B. Cette partie doit être remplie par le père ou la mère ou le subrogé légal :

1. Votre enfant a-t-il des allergies? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____

2. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____

3. Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle? Oui Non Si oui, en quelle année : _____

4. Votre enfant a-t-il déjà reçu un vaccin contre la varicelle? Oui Non Date : _____

5. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin? Oui Non (Si oui, veuillez préciser) : _____

6. Votre fille est-elle enceinte? Oui Non s.o. : _____

Veuillez cocher l'une des quatre options suivantes :

OUI – JE CONSENS à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués ci-dessus.

OU

OUI – JE CONSENS à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués ci-dessus sauf :

(Veuillez indiquer quels sont les vaccins que vous ne voulez pas que la personne susmentionnée reçoive.)

NON – JE REFUSE que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués ci-dessus.

NON. Mon enfant a déjà reçu le ou les vaccins indiqués ci-dessus. Immunisation réalisée le :

aa/mm/jj

par : _____
(Indiquez le nom du docteur, de la clinique et l'adresse)

Signature : _____ Lien de parenté ou autre : _____ Date : _____
père, mère ou subrogé légal (année/mois/jour)

Numéro de téléphone : (domicile) _____ (bureau) _____ (cellulaire) _____

Commentaires : _____

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).

IMPORTANT : Veuillez retourner le formulaire rempli et signé à l'école ou à l'infirmière de la santé publique au plus tard le : _____

Cette partie doit être remplie par la personne qui administre les vaccins :

Nom du client : _____ NIP : _____

Consentement verbal : Les avantages et les risques associés aux vaccins offerts à la personne susmentionnée ont été indiqués au père, à la mère ou au subrogé légal qui consent à ce que l'enfant reçoive le ou les vaccins à la date suivante : _____

Le père, la mère ou le subrogé légal a accepté de remplir le *Formulaire de consentement à l'immunisation d'un enfant* qui lui a été fourni et de l'envoyer, une fois dûment rempli, à la personne qui administre les vaccins.

Signature de la personne qui administre les vaccins : _____ Date : _____

Fiche d'immunisation : Le ou les vaccins indiqués ci-dessous ont été administrés :

Vaccin	N° de série	Fabricant	N° de lot	Lieu d'injection	Voie	Dose	Date a/m/j	Signature de la personne qui a administré le vaccin	Saisie des données	Initiales du commis

Test de sensibilité cutané à la tuberculine

Test Mantoux	Date de l'injection	N° de lot	Dose/Voie/Lieu	Initiales	Date de lecture	Induration (en mm)	Initiales

Renseignements additionnels

Date	Notes (inclure les refus de vaccination)	Signature