

Formulaire de consentement à la vaccination d'un enfant ou d'un adolescent

 Formulaire de consentement rempli par : Client Parent/tuteur Subrogé légal ou désigné

IMPORTANT : Veuillez retourner le formulaire rempli et signé à l'école ou à un membre du personnel infirmier de la santé publique au plus tard le : ____/____/____ aaaa/mm/jj S. O.

École : _____ Ville ou localité : _____ Année d'études : _____ Salle de classe : _____

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

Nom(s) :	Prénom(s) :	Prénom(s) d'usage :
Adresse :	Ville ou localité :	Code postal :
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : ____ / ____ / ____	Âge :	Sex: Homme Femme X
Pronom(s) d'usage, p. ex., elle, il, pronom neutre de votre choix, etc. :		
N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres):	N° d'identification personnel (9 chiffres) :	

B. Antécédents médicaux du client

- Votre enfant a-t-il des allergies? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction ou un trouble médical grave après avoir reçu un vaccin? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant est-il atteint d'une condition pouvant affaiblir son système immunitaire (infection par le VIH, troubles de la rate, greffe d'organe, etc.)? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant prend-il des médicaments, suit-il un traitement médical ou en a-t-il suivi un récemment (stéroïdes, chimiothérapie, radiothérapie, thérapie par immunoglobuline, etc.)? Oui Non
Si oui, veuillez les énumérer : _____
- Votre enfant est-elle enceinte, prévoit-elle le devenir, ou allaite-t-elle? Oui No S.O.

C. Selon le calendrier de vaccination des enfants du Manitoba, la personne susmentionnée doit recevoir les vaccins cochés de cette liste :

<input type="checkbox"/> DCaT-VPI-Hib	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, haemophilus influenzae de type b	<input type="checkbox"/> Pneu-C-13	Pneumocoque conjugué 13-valent
<input type="checkbox"/> VHB	Hépatite B (2 ou 3 doses)	<input type="checkbox"/> Rotavirus	Rotavirus
<input type="checkbox"/> VPH	Virus du papillome humain (2 ou 3 doses)	<input type="checkbox"/> dcaT	Tétanos, diphtérie, coqueluche
<input type="checkbox"/> Men-C-ACYW-135	Antiméningococcique conjugué quadrivalent	<input type="checkbox"/> dcaT-VPI	Tétanos, diphtérie, coqueluche, polio
<input type="checkbox"/> Men-C-C	Antiméningococcique conjugué	<input type="checkbox"/> Varicelle	Varicelle
<input type="checkbox"/> RRO	Rougeole, rubéole, oreillons	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> RROV	Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle	<input type="checkbox"/> Autre	

Des fiches d'information sur les bienfaits et les risques des vaccins se trouvent au :

www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/div/vaccines.fr.html

Pour recevoir une fiche d'information ou pour toute question, communiquez avec le bureau de la santé publique de votre région au : _____

D. Consentement éclairé

Remplissez UNE SEULE de ces deux options

1. Consentement d'un parent, d'un tuteur ou d'un subrogé légal ou désigné – Cochez l'une des quatre cases suivantes :

- OUI** – Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués à la section C.
- OUI** – Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués à la section C, à l'exception de :

Veuillez indiquer le ou les vaccins pour lesquels vous NE DONNEZ PAS votre consentement

 NON - JE NE CONSENS PAS à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins ci-dessus

 NON – Mon enfant a déjà reçu le ou les vaccins ci-dessus le

____/____/____ par :

 aaaa/mm/jj *Donnez le nom du médecin, de la clinique, ou l'adresse*

Nom : _____ Signature : _____

Date : _____ Lien de parenté : _____

(année/mois/jour)

Téléphone : maison/cell. : _____ travail : _____

2. Consentement du client (mineur mature) – Cochez l'une des trois cases suivantes :

- OUI** – Je consens à recevoir le ou les vaccins indiqués à la section C.
- OUI** – Je consens à recevoir le ou les vaccins indiqués à la section C, à l'exception de :

Veuillez indiquer le ou les vaccins pour lesquels vous NE DONNEZ PAS votre consentement

 NON - JE NE CONSENS PAS à recevoir le ou les vaccins indiqués à la section C

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

(année/mois/jour)

Téléphone : maison/cell. : _____

travail : _____

J'ai lu et compris les fiches d'information concernant les bienfaits et les risques des vaccins et je consens à l'administration de ces vaccins, malgré leurs possibles effets secondaires courants. Comme certains vaccins nécessitent plus d'une dose dans l'année, mon consentement s'applique à toutes les doses du ou des vaccins nécessaires pour compléter la série jusqu'à un an, à moins que je ne retire mon consentement en communiquant avec mon bureau de la santé publique local : www.gov.mb.ca/health/publichealth/offices.fr.html. J'ai pu poser des questions sur la vaccination et recevoir des réponses satisfaisantes.

Nom du client : _____ NIP : _____

Les parents, les tuteurs ou les subrogés légaux ou désignés devraient discuter de l'information fournie concernant les vaccins susmentionnés avec l'enfant, et le faire participer à la prise de la décision concernant le consentement à la vaccination. Même si un enfant peut être vacciné avec le consentement d'un parent, d'un tuteur 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 : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/protocol/consentguidelines.pdf (en anglais seulement).

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 en savoir plus, 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.manitoba.ca/health/publichealth/offices.fr.html).

D. Identité raciale, ethnique ou autochtone

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 décrivez votre enfant. Veuillez cocher la case correspondant à la communauté raciale ou ethnique qui décrit le mieux votre enfant.

Africain Noir Chinois Philippin Latino-Américain Sud-asiatique Sud-est asiatique Blanche
Autochtone d'Amérique du Nord (Première Nation, Métis, Inuit) Autre(s) Préfère ne pas répondre

Si vous avez coché Autochtone d'Amérique du Nord, veuillez cocher le groupe auquel appartient votre enfant :

Première Nations Métis Inuit

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

Consentement verbal			
Date: ____/____/____ aaaa/mm/jj	Nom:	Lien (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: ____/____/____ aaaa/mm/jj

Date aaaa/mm/jj	Vaccin	N° de lot	Fabricant	Voie d'ad- min- istra- tion	Lieu d'injec- tion	Signature du vaccinateur	Saisie des don- nées

Renseignements additionnels		
Date aaaa/mm/jj	Remarques :	Signature