



Renfrew County and District
Health Unit

Vaccins contre le méningocoque ACYW-135, Hépatite B et Virus du Papillome Humain

Formulaire de consentement

| Partie 1 | | Information de l'élève | |
|--|--|---|--|
| NOM DE FAMILLE | | PRÉNOM | GENRE |
| DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ) | CARTE SANTÉ ONTARIO (optionnelle) | ÉCOLE | # CLASSE OU PROFESSEUR |
| NOM DE FAMILLE & PRÉNOM DU PARENT/TUTEUR | | | LIEN AVEC L'ÉLÈVE |
| ADRESSE DOMICILE | | VILLE | CODE POSTAL |
| NUMÉRO TÉLÉPHONE DOMICILE | | NUMÉRO TÉLÉPHONE TRAVAIL | NUMÉRO TÉLÉPHONE CELLULAIRE |
| Partie 2 | | Antécédents médicaux de l'élève | |
| Veuillez répondre aux quatre questions en lien avec les antécédents médicaux de l'élève. Si vous répondez «oui», décrivez brièvement. | | Si oui, décrire brièvement. | |
| 1. Est-ce que l'élève a une condition médicale sérieuse ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |
| 2. Est-ce que l'élève a déjà réagi à un vaccin ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |
| 3. Est-ce que l'élève a des antécédents de convulsion ou perte de connaissance ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |
| 4. Est-ce que l'élève a des allergies ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | | |
| Partie 3 | | Histoire d'immunisation de l'élève | |
| Le vaccin contre le Méningocoque ACYW-135 n'est pas le même vaccin que votre enfant a reçu à l'âge de 1 an. Ce vaccin est obligatoire pour pouvoir fréquenter l'école et doit être donné après leur fête de 12 ans et/ou en 7 ^e année. Il est possible que votre enfant ne requière pas le vaccin de l'hépatite B et/ou Virus du Papillome Humain s'il a déjà reçu l'un de ces vaccins dans le passé. Si c'est le cas, il est important d'en aviser l'infirmière afin d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'histoire d'immunisation. Veillez remplir les espaces ci-dessous ou joindre une copie du relevé d'immunisation de votre enfant. Si votre enfant n'a jamais reçu l'un de ces vaccins, veuillez passer à la partie 4. | | | |
| Méningocoque ACYW-135 Ce vaccin est requis pour fréquenter l'école. | <input type="radio"/> Menactra® <input type="radio"/> Nimemrix® | <input type="radio"/> Menveo® | Dose unique: AAAA/MM/JJ |
| Hépatite B | <input type="radio"/> Engerix® <input type="radio"/> Twinrix® | <input type="radio"/> Recombivax® <input type="radio"/> Twinrix Jr® | Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ |
| Virus du papillome humain | <input type="radio"/> Gardasil® <input type="radio"/> Cervarix® | | Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ |
| Partie 4 | | Consentement pour l'immunisation | |
| J'ai lu les fiches d'informations sur les vaccins ci-joints. Je comprends les bienfaits attendus et les effets secondaires possibles ainsi que les risques pour mon enfant et autrui si non vacciné. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions au Bureau de santé publique du comté de Renfrew et du district. | | | |
| Veuillez cocher «OUI» ou «NON» pour chacun des vaccins suivants : | OUI J'autorise le Bureau de santé publique à immuniser mon enfant. | NON Je n'autorise pas le Bureau de santé publique à immuniser mon enfant. | |
| Méningocoque ACYW-135 **Ce vaccin est requis pour tous les élèves pour pouvoir fréquenter l'école (Loi sur l'immunisation des élèves).** | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | |
| Hépatite B Cette série requière deux doses du vaccin, séparées par une période de 4 à 6 mois. | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | |
| Virus du papillome humain Cette série requière deux doses du vaccin, séparées par une période de 6 mois ou une série de trois doses. | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON | |
| La signature du parent/tuteur est recommandée bien qu'il n'y ait pas d'âge minimal pour consentir aux soins de santé en Ontario. En signant si dessous, je reconnais et déclare que l'information fournie dans ce formulaire de consentement est vraie et exacte. | | | |
| NOM EN LETTRES MOULÉES | | SIGNATURE | DATE (AAAA/MM/JJ) |
| Pour nous joindre ou pour plus d'information | | | |
| | 613-735-8653 ou 1-800-267-1097 | | www.rcdhu.com Healthy Living Immunization Gr 7 Immunizations |
| | | | 7 International Dr Pembroke, ON K8A 6W5 |
| Les renseignements personnels fournis à ce formulaire sont assemblés sous l'autorité de une ou plusieurs directives (amendés): La loi de la Protection et Promotion de la santé, L.R.O. 1990; La loi sur l'immunisation des élèves de l'Ontario, L.R.O. 1990; Les Professions de la santé réglementés, 1991, L.O. 1991; et elles sont conformes avec la loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990 ainsi que la loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé en Ontario, 2004, L.O. 2004. Cette information est utilisée pour assurer que tous les services de santé publics et les soins sont prodigués de façon adéquate, et que les données sont bien retenues. Si vous avez des questions ou pour tout autre renseignement, dirigez-vous au Directeur de ce programme du Bureau de Santé Public du Comté de Renfrew et du District, 7 International Drive, Pembroke, ON, K8A 6W5. 613-735-8651. | | | |

Student's name: _____ DOB: _____

MENINGOCOCCAL-ACYW-135 VACCINE (Menactra®)

Dose 1: 0.5 mL

DATE: _____

LOT # : _____

TIME: _____

SIGNATURE: _____

IM DELTOID: Left Right

PANORAMA ENTERED BY: _____

HEPATITIS B VACCINE

Dose 1: 0.5 mL

Enderix® -B 1.0mL / 0.5mL IM

Recombivax HB® 1.0mL / 0.5mL IM

DATE: _____

TIME: _____

LOT # : _____

IM DELTOID: Left Right

SIGNATURE: _____

PANORAMA ENTERED BY: _____

Dose 2: 0.5 mL

Enderix® -B 1.0mL / 0.5mL IM

Recombivax HB® 1.0mL / 0.5mL IM

DATE: _____

TIME: _____

LOT # : _____

IM DELTOID: Left Right

SIGNATURE: _____

PANORAMA ENTERED BY: _____

HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE (Gardasil®)

Dose 1: 0.5 mL

DATE: _____

TIME: _____

LOT # : _____

IM DELTOID: Left Right

SIGNATURE: _____

PANORAMA ENTERED BY: _____

Dose 2: 0.5 mL

DATE: _____

TIME: _____

LOT # : _____

IM DELTOID: Left Right

SIGNATURE: _____

PANORAMA ENTERED BY: _____

Dose 3 (if required): 0.5 mL

DATE: _____

TIME: _____

LOT # : _____

IM DELTOID: Left Right

SIGNATURE: _____

PANORAMA ENTERED BY: _____

Nurse's Notes

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |