



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

## Formulaire de consentement Renfrew County and District Health Unit (RCDHU)

Partie 1		Information de l'élève		
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		GENRE
DATE DE NAISSANCE AAAA/MM/JJ		CARTE SANTÉ ONTARIO	ÉCOLE	CLASSE OU PROFESSEUR
ADRESSE DOMICILE		VILLE		CODE POSTAL
Partie 2		Antécédents médicaux de l'élève		
Veuillez répondre aux autres questions en lien avec les antécédents médicaux de l'élève. Si vous répondez oui, décrivez brièvement.			Si oui, décrivez 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		Historique d'immunisation de l'élève		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le vaccin contre le <b>Méningocoque ACYW-135</b> n'est pas le même que votre enfant a reçu à l'âge de un an.</li> <li>Il est possible que votre enfant ait déjà reçu les vaccins contre l'<b>Hépatite B</b> et/ou le <b>Virus du Papillome Humain</b>.</li> <li>Si votre enfant a reçu un des vaccins nommés, <b>veuillez remplir les espaces ci-dessous et/ou joindre une copie du dossier d'immunisation au consentement.</b></li> <li>Si votre enfant <b>n'a pas reçu</b> ces vaccins, veuillez procéder à la partie 4.</li> </ul>				
<b>Méningocoque ACYW-135</b>		<input type="radio"/> Menactra® <input type="radio"/> Nimemrix®	<input type="radio"/> Menveo®	Dose unique: AAAA/MM/JJ
<b>Hépatite B</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
<b>Virus du Papillome Humain</b>		<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 le dépliant ci-joint au sujet des vaccins offerts. Je comprends les bienfaits attendus et les effets secondaires possibles, ainsi que les risques pour mon enfant, ainsi que les autres si non vacciné.				
<b>Veuillez cocher "Oui" ou "Non" pour chacun des vaccins suivants :</b>	<b>J'autorise RCDHU d'immuniser mon enfant</b>	<b>Je n'autorise pas RCDHU d'immuniser mon enfant</b>	<i>Pour infirmières seulement</i>	<i>Initiales de l'infirmière</i>
<b>Méningocoque ACYW-135</b> Ce vaccin est requis pour tous les élèves pour pouvoir fréquenter l'école	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose unique: AAAA/MM/JJ	_____
<b>Hépatite B</b> (Une série de deux ou trois doses)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ	_____ _____ _____
<b>Virus du Papillome Humain</b> (Une série de deux ou trois doses)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose 1: AAAA/MM/JJ Dose 2: AAAA/MM/JJ Dose 3: AAAA/MM/JJ	_____ _____ _____
Partie 5		Signature du parent ou tuteur légal est REQUIS		
NOM EN LETTRES MOULÉS DU PARENT/ TUTEUR LEGAL		RELATION À L'ÉLÈVE		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (MAISON)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (CELLULAIRE)		
SIGNATURE			DATE AAAA/MM/JJ	
<b>En signant ci-dessus, je reconnais et déclare que l'information fournie dans ce formulaire de consentement est vraie et exacte.</b>				

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.