



# 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	DATE DE NAISSANCE AAAA/MM/JJ	GENRE
CARTE SANTÉ ONTARIO (requis pour identifier l'étudiant)	NOM DE L'ÉCOLE/ANNÉE SCOLAIRE		CLASSE OU PROFESSEUR
ADRESSE DOMICILE		VILLE	CODE POSTAL
Partie 2			
Antécédents médicaux de l'élève			
Veuillez répondre aux cinq questions liées aux antécédents médicaux de l'élève.			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 reçu 1 ou 2 doses du vaccin contre la covid-19 récemment?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Date Dose #1: YYYY/MM/DD Date Dose #2: YYYY/MM/DD
4. Est-ce que l'élève a des antécédents de perte de connaissance ?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No		
5. 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 d'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 ces vaccins</b>, veuillez procéder à la partie 4.</li> </ul>			
<b>Méningocoque ACYW-135</b>	Menactra® <input type="radio"/> Nimenrix®	<input type="radio"/> Menveo®	<b>Dose unique:</b> AAAA/MM/JJ
<b>Hépatite B</b>	<input type="radio"/> Engerix® <input type="radio"/> Twinrix®	<input type="radio"/> Recombivax® <input type="radio"/> Twinrix Jr®	<b>Dose 1:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 2:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 3:</b> AAAA/MM/JJ
<b>Virus du Papillome Humain</b>	<input type="radio"/> Gardasil® <input type="radio"/> Cervarix®		<b>Dose 1:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 2:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 3:</b> 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. Ce consentement est applicable jusqu'à ce que les séries de deux doses pour l'Hépatite B ainsi que le Virus du Papillome Humain seront complétées.			
Veuillez cocher "Oui" ou "Non" pour chacun des vaccins suivants :			Initiales de l'infirmière
			<i>Pour infirmières seulement</i>
<b>Méningocoque ACYW-135</b> Requis pour fréquenter l'école	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Dose unique:</b> AAAA/MM/JJ
<b>Hépatite B</b> (Une série de deux ou trois doses)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Dose 1:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 2:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 3:</b> AAAA/MM/JJ
<b>Virus du Papillome Humain</b> (Une série de deux ou trois doses)	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<b>Dose 1:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 2:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 3:</b> 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
En signant ci-dessus, je reconnais et déclare que l'information fournie dans ce formulaire de consentement est vraie et exacte.			

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. 141 Lake Street, Pembroke ON K8A 5L8 1-613-732-3629.