



VACCINS CONTRE LE MÉNINGOCOQUE ACYW-135, L'HÉPATITE B ET LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES ÉLÈVES DE 9^{ÈME} ET 10^{ÈME} ANNÉES - RCDHU

PARTIE 1				INFORMATION DE L'ÉLÈVE	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE AAAA/MM/JJ	
CARTE SANTÉ ONTARIO (<i>requis pour identifier l'étudiant</i>)		NOM DE L'ÉCOLE/ANNÉE SCOLAIRE		CLASSE OU PROFESSEUR	
ADRESSE DOMICILE			VILLE		CODE POSTAL
PARTIE 2				ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE	
Veuillez répondre aux quatre 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 des antécédents d'évanouissement ?		<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"> Le vaccin contre le Méningocoque ACYW-135 n'est pas le même que celui que votre enfant a reçu à l'âge d'un an. Il est possible que votre enfant ait déjà reçu un ou des vaccin(s) contre l'Hépatite B et/ou le Virus du Papillome Humain. Si votre enfant a reçu un des vaccins nommés ci-haut, veuillez mettre à jour le statut vaccinal de votre enfant en consultant l'outil ICON situé sur notre site web ou veuillez compléter la section ci-dessous (Partie 3) en incluant la date à laquelle le ou les vaccins ont été reçus. Si votre enfant a besoin de l'un des vaccins mentionnés ci-haut, veuillez procéder à la Partie 4. 					
MÉNINGOCOQUE ACYW-135		<input type="radio"/> Menactra® <input type="radio"/> Nimenrix®		<input type="radio"/> Menveo® Dose unique: AAAAA/MM/JJ	
HÉPATITE B		<input type="radio"/> Engerix® <input type="radio"/> Twinrix®		<input type="radio"/> Recombivax® <input type="radio"/> Twinrix Jr® Dose 1: AAAAA/MM/JJ Dose 2: AAAAA/MM/JJ Dose 3: AAAAA/MM/JJ	
VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN		<input type="radio"/> Gardasil® <input type="radio"/> Cervarix®		Dose 1: AAAAA/MM/JJ Dose 2: AAAAA/MM/JJ Dose 3: AAAAA/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, les effets secondaires ainsi que les risques possibles. Je comprends également les risques si mon enfant n'est pas vacciné. Ce consentement est valide jusqu'à ce que les séries de deux ou trois doses pour l'Hépatite B et le Virus du Papillome Humain soient complétées.					
Veuillez cocher "Oui" ou "Non" pour chacun des vaccins suivants :		<i>J'autorise RCDHU à vacciner mon enfant.</i>	<i>Je n'autorise pas RCDHU à vacciner mon enfant.</i>	<i>À l'usage de l'infirmière seulement</i>	<i>Initiales de l'infirmière</i>
MÉNINGOCOQUE ACYW-135 (Requis pour fréquenter l'école)		<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose unique: AAAAA/MM/JJ	_____
HÉPATITE B (Une série de deux ou trois doses)		<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose 1: AAAAA/MM/JJ Dose 2: AAAAA/MM/JJ Dose 3: AAAAA/MM/JJ	_____ _____ _____
VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (Une série de deux ou trois doses)		<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	Dose 1: AAAAA/MM/JJ Dose 2: AAAAA/MM/JJ Dose 3: AAAAA/MM/JJ	_____ _____ _____
PARTIE 5				SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL REQUISE	
NOM EN LETTRES MOULÉES DU PARENT/ TUTEUR LEGAL			RELATION AVEC 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 sur ce formulaire sont assemblés sous l'autorité d'une ou plusieurs directives suivantes (tel qu'amendées): 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 soins personnels et les services de santé publique sont prodigués de façon adéquate, et que toutes les données soient bien conservées. Toutes questions en lien avec cette collecte d'information devraient être dirigées auprès du gérant du programme de vaccination de Renfrew County and District Health Unit. 141 Lake Street, Pembroke ON, K8A 5L8, 1-613-732-9436.