ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE CHEZ LES ENFANTS

Nom(s) de l'enfant _____ Prénom(s) de l'enfant _____

Date de naissance _____ N° de tél. de jour _____

Catégorie d'âge:

☐ 6 mois - < 2 ans ☐ 2 - < 5 ans ☐ 5-17 ans

Nom de la personne qui remplit le formulaire	Lien avec l'enfant ☐ Parent ☐ Tuteur ☐ Autre

Je reconnais avoir l'autorité de consentir au nom de l'enfant susmentionné et j'autorise le personnel du Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound à administrer les vaccins à cet enfant.

_____ _____

Signature **Date**

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ – S.V.P. RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSOUS

	Oui	Non	N/A
Est-ce que le client se sent bien aujourd'hui?	☐	☐	☐
Est-ce que le client a déjà reçu un vaccin contre la grippe?	☐	☐	☐
Est-ce que le client a déjà eu des réactions à des vaccins, y compris au vaccin contre la grippe?	☐	☐	☐

Est-ce que le client est allergique :

☐ À la néomycine
☐ Polymyxin B
☐ Au thimérosal (solution pour verres de contact)?

Est-ce que le client prend un des médicaments suivants :

☐ Antibiotiques pour une infection
☐ Médicaments immunosuppressifs
☐ Coumadin ou autres anticoagulants
☐ Théophylline

CRITÈRES DE RISQUE ÉLEVÉ – INDIQUEZ TOUS LES CRITÈRES QUI S'APPLIQUENT

☐ Agé de 6 mois et demoinsole 5 ans
☐ Personnes avec problèmes neurologiques actifs ou conditions neurodéveloppementaux
☐ Personnes avec certains problèmes de santé (cardiaques / respiratoires, troubles rénaux, obésité morbide, diabète, cancer ou un système immunitaire affaibli)
☐ Autochtone
☐ Contacts familiaux avec des personnes à risque élevé ou des nourrissons < 6 mois
☐ Personnes qui fournient régulièrement des services de garde à des enfacts ≤ 59 mois

Les renseignements demandés sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Les renseignements recueillis sur ce formulaire peuvent être fournis à votre fournisseur de soins de santé sur demande. Si vous avez des questions concernant la collecte de ces renseignements, veuillez vous adresser au Programme des maladies pouvant être prévenues par la vaccination, Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound, 345, rue Oak oust, North Bay (Ontario) 1 800 563-2808 ou 705 474-1400.

ARRÊTEZ ICI

POUR LES EMPLOYÉS DU BUREAU DE SANTÉ SEULEMENT

Administered under the authority of Dr. J. Chirico, following MED–VPD-060 Quadrivalent Influenza Vaccine, FluLaval-Tetra, Fluzone and Afluria Tetra

☐ Informed Consent Obtained

Date given YYYY/MM/DD Time given _____

Dose & Route 0.5 ml IM Site: ☐ Lt deltoid ☐ Rt deltoid ☐ Lt thigh ☐ Rt thigh Lot # _____

Indicate which dose was administered for children who have never had a flu vaccine ☐ Dose 1 ☐ Dose 2

Vaccine tolerated ☐ Well ☐ Faint ☐ other

Nurse's Signature and Designation:

2019-11-29

☐ **General Population** ☐ **High Risk Client**