



Évaluation de l'état de santé et consentement à la vaccination contre la grippe chez les enfants

Nom(s) de famille de l'enfant _____

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

Date de naissance _____

N° de téléphone de jour _____

Catégorie d'âge : 6 mois à < 5 ans 5 ans à 17 ans

Nom de la personne qui remplit le formulaire :	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Tuteur(trice) <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Autre
--	---

Je reconnais avoir l'autorité de consentir, au nom de l'enfant susmentionné, que le personnel du Bureau de santé de North Bay-Parry Sound administre le vaccin contre la grippe à cet enfant.

Signature _____

Date _____

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ – RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS CI-DESSOUS

	Oui	Non	Ne s'applique pas
Est-ce que l'enfant a déjà reçu le vaccin contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'enfant a déjà eu une réaction au vaccin contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 de prévention des maladies par vaccins, Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound, 345, rue Oak Ouest, North Bay (Ontario) 1 800 563-2808 ou 705 474-1400.

***Ce nom sera utilisé dans la correspondance, sauf indication contraire.**

-----**ARRÊTEZ ICI**-----

Pour les employés de bureau de santé seulement

Administered under the authority of Dr. J. Chirico, following MED-VPD-060 Influenza Vaccine with informed consent obtained.

Date & Time _____ YYYY/MM/DD

Indicate if this is the 1st dose for a child: Yes No

FluLaval Tetra QIV Age Indication: ≥ 6 months Dose & Route: 0.5 ml IM	Flucelvax QIV Age Indication: ≥ 2 years Dose & Route: 0.5 ml IM	Fluzone QIV Age Indication: ≥ 6 months Dose & Route: 0.5 ml IM
Lot #: _____ Site: <input type="checkbox"/> Lt Deltoid <input type="checkbox"/> Rt Deltoid <input type="checkbox"/> Lt Thigh <input type="checkbox"/> Rt Thigh	Lot #: _____ Site: <input type="checkbox"/> Lt Deltoid <input type="checkbox"/> Rt Deltoid <input type="checkbox"/> Lt Thigh <input type="checkbox"/> Rt Thigh	Lot #: _____ Site: <input type="checkbox"/> Lt Deltoid <input type="checkbox"/> Rt Deltoid <input type="checkbox"/> Lt Thigh <input type="checkbox"/> Rt Thigh
<u>Signature & Designation:</u> _____	<u>Signature & Designation:</u> _____	<u>Signature & Designation:</u> _____