

## Programme de vaccination en milieu scolaire de 7<sup>e</sup> année

### Formulaire de consentement

Nom(s) de famille de l'élève	Prénom(s) de l'élève	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
Adresse à domicile N° Apt/Unité		Case Postale	Province
		Ville	Code postale
Numéro de téléphone de jour	Numéro de la carte santé de l'Ontario de l'élève		École

Nom de la personne fournissant des informations d'évaluation de la santé et de consentement :  
 (s.v.p imprimez):

**Garde:**       Parent     Tuteur       Grand-parent       SAE       Autre

#### CONSENTEMENT – S.V.P. COMPLETER

Les renseignements sur les vaccins sont disponibles sur le site web du Bureau de santé à [www.myhealthunit.ca](http://www.myhealthunit.ca). Je reconnais comprendre les avantages, les risques et les effets secondaires possibles associés de ces vaccins. Je reconnais comprendre ce consentement restera en vigueur jusqu'à ce que la série est terminée. Je reconnais comprendre qu'il m'est possible de retirer mon consentement n'importe quand en communiquant avec le BSDNBPS. Si mon enfant a une réaction indésirable au vaccin, j'obtiens immédiatement du secours médical et informerai le BSDNBPS au sujet de la réaction.

<b>Hépatite B (2 doses)</b>	(svp ✓ oui ou non pour votre consentement)	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Virus du papillome humain (2 doses)</b>	(svp ✓ oui ou non pour votre consentement)	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Méningocoque ACYW-135 (1 dose)</b>	(svp ✓ oui ou non pour votre consentement)	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>

**Le Méningocoque conjugué ACYW-135 est un vaccin obligatoire pour fréquenter l'école sous la Loi sur l'immunisation des élèves. Les étudiants qui ne fournissent pas la preuve d'avoir reçu ce vaccin ou une exemption valide pourraient être à risque de suspension de l'école**

Date: \_\_\_\_\_

Signature d'un parent / tuteur: \_\_\_\_\_

#### ÉVALUATION DE LA SANTÉ – S.V.P. RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS

Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin auparavant?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
Est-ce que votre enfant a une allergie aux latex, thimérosal, levure ou l'anatoxine diphtérique?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé graves? P. ex., convulsions, paralysie, troubles de saignement?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
Votre enfant a-t-il des antécédents d'évanouissement?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
Votre enfant prend-il des médicaments qui peuvent affaiblir son système immunitaire – comme un traitement contre le cancer?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
Votre enfant a-t-il déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B avant aujourd'hui? (p.ex. Twinrix) <b>Si oui, veuillez fournir une copie du dossier d'immunisation.</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>

**Si vous avez des questions au sujet de ces vaccins ou si vous désirez clarifier certaines informations, veuillez communiquer avec l'une de nos infirmières au Bureau de santé.**

Courriel : [vpd@healthunit.ca](mailto:vpd@healthunit.ca)

North Bay - 1-800-563-2808 / 705-474-1400 poste 5252 - Télécopieur: 705-474-9399

Parry Sound - 1-800-563-2808 / 705-746-5801 poste 3215 – Télécopieur: 705-746-2711

#### FOR NURSE'S USE ONLY

All vaccines administered under the authority of Dr. J. Chirico  
**RECOMBIVAX HB® / ENGERIX B® DOSE: 1.0mL ROUTE: IM**

MED-DIR Authority	Date and Time	Nurse's signature
MED-VPD-001		
MED-VPD-001		

**GARDASIL 9® DOSE 0.5mL ROUTE: IM**

MED-DIR Authority	Date and Time	Nurse's signature
MED-VPD-063		
MED-VPD-063		

**MENACTRA® / MENVEO® DOSE: 0.5 mL ROUTE: IM**

MED-DIR Authority	Date and Time	Nurse's signature
MED-VPD-043		

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la Loi de 1990 sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O., ch. H.7, et ils seront conservés, utilisés, divulgués et éliminés conformément à la Loi de 1990 sur l'accès à l'information municipale et à la protection de la vie privée, L.R.O., ch. M.56, à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O., ch. 3, ainsi qu'à toutes les lois provinciales et fédérales qui s'appliquent et à tous les règlements fédéraux et provinciaux qui régissent la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et l'élimination des renseignements. Toute question concernant cette collecte de renseignements doit être acheminée au gestionnaire des renseignements personnels sur la santé au Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound, 345, rue Oak, North Bay (Ontario) P1B2T2, au 705 474-1400 ou au 1 800 563-2808 ou à [privacy@healthunit.ca](mailto:privacy@healthunit.ca). Juillet 2019