

Formulaire de consentement pour le programme de vaccination en milieu scolaire de 7^e année

Nom(s) de famille de l'élève Prénom(s) de l'élève Date de naissance M F
 (AAAA/MM/JJ)

Adresse à domicile N° apt/unité Case Postale Ville Province 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: Mère Père Partagée Grand-parent SAE Autre

CONSENTEMENT – S.V.P. COMPLETER

Les renseignements sur l'hépatite B et virus du papillome humain (VPH) sont disponible sur le site web du Bureau de santé à 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 aux vaccins, j'obtiendrai immédiatement du secours médical et informerai le BSDNBPS au sujet de la réaction.

Hépatite B (2 doses)	(S.V.P. √ oui ou non pour votre consentement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
VPH (2 doses)	(S.V.P. √ oui ou non pour votre consentement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

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.

North Bay 1-800-563-2808 / 705-474-1400 poste 5252 Parry Sound 1-800-563-2808 / 705-746-5801 poste 3215

FOR NURSE'S USE ONLY

VACCINE: RECOMBIVAX® / ENGERIX® DOSE: 1.0ML ROUTE: IM

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-001		Right / Left Deltoid		
MED-VPD-001		Right / Left Deltoid		

VACCINE: GARDASIL 9® DOSE 0.5ML ROUTE: IM

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-063		Right / Left Deltoid		
MED-VPD-063		Right / Left Deltoid		

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) P1B 2T2, au 705 474-1400 ou au 1 800 563-2808 ou à privacy@healthunit.ca.