

Programme de vaccination en milieu scolaire de 7^e année

Formulaire de consentement pour le vaccin de Méningocoque conjugué ACYW-135

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 le méningocoque ACYW-135 sont disponibles 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 ce vaccin. 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'obtiendrai immédiatement du secours médical et informerai le BSDNBPS au sujet de la réaction.

Méningocoque conjugué ACYW-135 (svp ✓ oui ou non pour votre consentement)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	-------------------------------------	-------------------------------------

Le vaccin est 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"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-ce que votre enfant a une allergie contre l'anatoxine diphtérique?	<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

Si vous avez des questions au sujet de ce vaccin 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

Administered under the authority of Dr. J. Chirico, following MED-VPD-043

VACCINE: MENACTRA® / MENVEO® DOSE: 0.5 ML ROUTE: IM

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-043		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) P1B2T2, au 705 474-1400 ou au 1 800 563-2808 ou à privacy@healthunit.ca.