

## Formulaire de consentement pour le programme de vaccination en milieu scolaire

Nom(s) de famille de l'élève	Prénom(s) de l'élève	Date de naissance	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 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 REMPLIR

Les renseignements sur ces 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 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'obtiens immédiatement du secours médical et informerai le BSDNBPS au sujet de la réaction.

Cochez « Oui » au(x) vaccin(s) que vous consentez à ce que votre enfant reçoive :	
Tdap (tétanos, coqueluche et diphtérie)	<input type="checkbox"/> Oui
Tdap-Polio (tétanos, coqueluche, diphtérie et polio)	<input type="checkbox"/> Oui
Méningocoque conjugué ACYW-135	<input type="checkbox"/> Oui
RRO (rougeole, rubéole et oreillons)	<input type="checkbox"/> Oui
Polio	<input type="checkbox"/> Oui
<b>Non, je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive aucun vaccins ci-dessus</b>	

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"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Est-ce que votre enfant a une allergie aux ingrédients suivants : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Neomycin <input type="checkbox"/> Diphtérie <input type="checkbox"/> Gélatine porcine <input type="checkbox"/> Oeuf <input type="checkbox"/> Rouge de phénol	<input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Thimérosal <input type="checkbox"/> Levure <input type="checkbox"/> Polymyxin B <input type="checkbox"/> Streptomycin
Votre enfant a-t-il des problèmes de santé graves? P. ex., convulsions, paralysie, troubles de saignement?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Votre enfant a-t-il des antécédents d'évanouissement?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Votre enfant prend-il des médicaments qui peuvent affaiblir son système immunitaire – comme un traitement contre le cancer?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Est-il possible que votre fille soit enceinte?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Votre enfant a-t-il reçu un vaccin contre le tétanos dans le dernier 10 ans? <b>Si oui, veuillez et fournir une copie du dossier d'immunisation.</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Votre enfant a-t-il reçu d'autre(s) vaccin(s) au cours du mois dernier?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

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

All vaccines administered under the authority of Dr. J. Chirico, following the Medical Directives:

**VACCINE: ADACEL / BOOSTRIX DOSE: 0.5ML ROUTE: IM**

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-014		Right / Left Deltoid		

**VACCINE: ADACEL-POLIO / BOOSTRIX-POLIO DOSE 0.5ML ROUTE: IM**

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-057		Right / Left Deltoid		

**VACCINE: MENACTRA / MENVEO DOSE: 0.5M L ROUTE:IM**

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-043		Right / Left Deltoid		

**VACCINE: MMR II / PRIORIX DOSE: 0.5ML ROUTE:SC**

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-011		Right / Left Arm		

**VACCINE: IPV DOSE 0.5ML ROUTE: SC**

MED-DIR Authority	Date and Time	Site	Lot Number	Nurse's signature
MED-VPD-004		Right / Left Arm		

Cette information est recueillie en vertu de la Loi sur la protection de la santé et de la promotion, LRO 1990, c.H.7 et seront conservés, utilisés, divulgués et éliminés conformément à la liberté de l'information municipale et la protection de la vie privée, LRO 1990 c.M.56, la Loi sur la protection des renseignements personnels de la santé, 2004, S.O.c.3 et toutes les lois et règlements fédéraux et provinciaux en vigueur régissant la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et l'élimination des renseignements. Toute question concernant cette collecte de renseignements peuvent être adressées au gestionnaire de l'information sur la santé personnel au Bureau de santé du district de North Bay-Parry Sound, 345 rue Oak Ouest, North Bay ON P1B 2T2, 705-474-1400 / 1-800-563-2808 poste 2254 ou au [privacy@healthunit.ca](mailto:privacy@healthunit.ca). August 2018