

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 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 REMPLIR

Les renseignements sur ces vaccins 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 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'obtiendrai 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

Non, je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive aucun vaccins ci-dessus

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? Si oui, veuillez et fournir une copie du dossier d'immunisation.	<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		