

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES VACCINS SCOLAIRES

Nom de famille de l'élève : _____	Prénom de l'élève : _____
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____	
École : _____	Classe : _____

Veuillez répondre aux questions en lien avec les antécédents médicaux de l'élève. Si vous répondez « oui », svp décrire.

1. Est-ce que l'élève a une condition médicale sérieuse?     Non     Oui : \_\_\_\_\_
2. Est-ce que l'élève prend des médicaments?     Non     Oui : \_\_\_\_\_
3. Est-ce que l'élève a déjà réagi à un vaccin?     Non     Oui : \_\_\_\_\_
4. Est-ce que l'élève a des antécédents de convulsion  
ou perte de connaissance?     Non     Oui : \_\_\_\_\_
5. Est-ce que l'élève a des allergies?     Non     Oui : \_\_\_\_\_

Veuillez signer « **Oui** » (**vacciner**) ou « **Non** » (**ne pas vacciner**) pour CHAQUE vaccin. Ce formulaire de consentement est valide pour 24 mois à moins d'une annulation écrite ou verbale auprès de Santé publique Ottawa.

Vaccin contre le méningocoque conjugué ACYW-135 (Obligatoire pour fréquenter l'école)	Vaccin contre l'hépatite B (HB)	Vaccin contre le virus papillome humain (anti-VPH)
<p>J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les avantages et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin contre le méningocoque (<b>une dose</b>).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    Initiales: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non    Initiales: _____</p>	<p>J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin contre l'hépatite B (<b>deux doses administrées avec 6 mois d'intervalle</b>).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    Initiales: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non    Initiales: _____</p>	<p>J'ai lu la fiche de renseignements sur le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. Je comprends les bienfaits et les effets secondaires possibles du vaccin. J'autorise l'infirmier(ère) de Santé publique Ottawa à donner le vaccin anti-VPH (<b>deux doses administrées avec 6 mois d'intervalle</b>).</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    Initiales: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non    Initiales: _____</p>

Nom complet du tuteur legal : _____	Relation : _____
Signature du tuteur légal : _____	Date (aaaa/mm/jj) : _____
Signature de l'élève : _____	Date (aaaa/mm/jj) : _____

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* section 5 et seront utilisés aux fins de la vaccination et de la mise à jour du dossier d'immunisation. Toute question concernant la collecte et l'utilisation des renseignements personnels sur la santé peut être transmise au superviseur de l'Unité d'immunisation de Santé publique Ottawa par la poste au 100, promenade Constellation, Ottawa (Ontario) K2G 6J8, par téléphone au 613-580-6744, ou par courriel à [immunisation@ottawa.ca](mailto:immunisation@ottawa.ca). Vous pouvez aussi consulter les Énoncés sur les pratiques en matière de protection des renseignements personnels du médecin chef en santé à <https://ottawa.ca/fr/hotel-de-ville/administration-ouverte-et-transparente-et-qui-rend-compte-de-ses-actes/acces-linformation-et-protection-de-la-vie-privee/protection-de-la-vie-privee/protection-des-renseignements-personnels-sur-la-sante>.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES VACCINS SCOLAIRES (Ce côté est à l'usage exclusif de la clinique)

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_  
 ID du client : \_\_\_\_\_

Administer le ou les vaccin(s) coché(s) suivant(s)	Consentement obtenu (Initiales)	Panorama vérifié		Numéro de la dose
		Intervalle approprié (Initiales)	Dose requise (Initiales)	
<input type="checkbox"/> Men-C-ACYW-135				_ / 1
<input type="checkbox"/> HB				_ / _
<input type="checkbox"/> HPV				_ / _

Signature and désignation de l'évaluateur : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

J'ai utilisé deux pièces d'identification et, en examinant les questions d'évaluation, j'ai conclu que le client ne présente aucune contre-indication et qu'il peut recevoir le/les vaccin(s). Initiales et designation : \_\_\_\_\_

<p><b><u>Menactra<sup>MD</sup></u>      <u>Nimenrix<sup>MD</sup></u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Numéro de lot</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Diluent (Nimenrix<sup>MD</sup> seulement)</p> <p>Dose et voie d'administration :</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml intramusculaire</p> <p>Site :</p> <p><input type="checkbox"/> Deltoïde gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Deltoïde droit</p> <p>Administration :</p> <p>Heure : _____</p> <p>Date : _____</p> <p>Signature et désignation : _____</p>	<p><b><u>Engerix<sup>MD</sup>-B</u>      <u>Recombivax<sup>MD</sup></u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Numéro de lot</p> <p>Dose et voie d'administration :</p> <p><input type="checkbox"/> 1.0ml intramusculaire</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml intramusculaire</p> <p>Site :</p> <p><input type="checkbox"/> Deltoïde gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Deltoïde droit</p> <p>Administration :</p> <p>Heure : _____</p> <p>Date : _____</p> <p>Signature et désignation : _____</p>	<p><b><u>Gardasil<sup>®9</sup></u></b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Numéro de lot</p> <p>Dose et voie d'administration :</p> <p><input type="checkbox"/> 0.5ml intramusculaire</p> <p>Site :</p> <p><input type="checkbox"/> Deltoïde gauche</p> <p><input type="checkbox"/> Deltoïde droit</p> <p>Administration :</p> <p>Heure : _____</p> <p>Date : _____</p> <p>Signature et désignation : _____</p>
---	--	---

Note clinique (heure et date) : \_\_\_\_\_

Signature et désignation : \_\_\_\_\_

Initiales lorsque téléchargé à Panorama : \_\_\_\_\_ Date téléchargé à Panorama : \_\_\_\_\_