



## FORMULAIRE D'ÉVALUATION POUR LES VACCINS SCOLAIRES (Ce côté à l'usage exclusif de la clinique)

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ / mm / dd Âge: \_\_\_\_\_  
ID du client: \_\_\_\_\_

Vérification de Panorama?      Initiale et désignation si oui: \_\_\_\_\_  
Consentement obtenu et confirmé?      Initiale et désignation si oui: \_\_\_\_\_  
Signature de l'évaluateur et désignation: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

Administrer le/les vaccin(s)  
coché(s) suivant:  
 Men-C-ACYW135 Dose : \_\_\_\_ /1  
 HB      Dose : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 HPV      Dose : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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).      Initiale & Désignation: \_\_\_\_\_

**Menactra<sup>MD</sup>**       **Nimenrix<sup>MD</sup>**  
\_\_\_\_\_  
Numéro de lot      Diluent  
(Nimenrix<sup>MD</sup> seulement)  
**Dose et Voie d'administration:**  
 0.5 mL Intramusculaire  
**Site:**  
 Deltoïde gauche       Deltoïde droit

**Administration:**  
Heure: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
**Signature & Désignation:**  
\_\_\_\_\_

**Engerix<sup>MD</sup>-B**  
\_\_\_\_\_  
Numéro de lot  
**Dose et Voie d'administration:**  
 1.0 mL Intramusculaire  
**Site:**  
 Deltoïde gauche  
 Deltoïde droit

**Administration:**  
Heure: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
**Signature & Désignation:**  
\_\_\_\_\_

**Gardasil<sup>MD</sup>9**  
\_\_\_\_\_  
Numéro de lot  
**Dose et Voie d'administration:**  
 0.5 mL Intramusculaire  
**Site:**  
 Deltoïde gauche  
 Deltoïde droit

**Administration:**  
Heure: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_  
**Signature & Désignation:**  
\_\_\_\_\_

Notes cliniques (date et heure): \_\_\_\_\_

Signature & Désignation: \_\_\_\_\_

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

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES VACCINS SCOLAIRE



Nom de famille de l'élève: \_\_\_\_\_ Prénom de l'élève: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ yyyy / mm / dd \_\_\_\_\_  
 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?                        | <input type="checkbox"/> Non                 | <input type="checkbox"/> Oui: _____                                  |
| 2. Est-ce que l'élève a déjà réagi à un vaccin?                                 | <input type="checkbox"/> Non                 | <input type="checkbox"/> Oui: _____                                  |
| 3. Est-ce que l'élève a des antécédents de convulsion ou perte de connaissance? | <input type="checkbox"/> Non                 | <input type="checkbox"/> Oui: _____                                  |
| 4. Est-ce que l'élève a des allergies?  | <input type="checkbox"/> Non                 | <input type="checkbox"/> Oui: _____                                  |
| 5. Est-ce que l'élève a reçu le vaccin contre la COVID-19?                      | <input type="checkbox"/> Non                 | <input type="checkbox"/> Oui: Veuillez indiquer les dates ci-dessous |
| Dose 1 COVID-19 : _____ yyyy / mm / dd _____                                    | Dose 2 COVID-19 : _____ yyyy / mm / dd _____ |  |

**Veuillez signer « Oui » ou « Non » 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)**

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 (une dose).

OUI      Initiales: \_\_\_\_\_

NON      Initiales: \_\_\_\_\_

**Vaccin contre l'hépatite B (HB)**

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 (deux doses).

OUI      Initiales: \_\_\_\_\_

NON      Initiales: \_\_\_\_\_

**Vaccin contre le virus papillome humain (anti-VPH)**

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 (deux ou trois doses, selon l'âge de l'étudiant).

OUI      Initiales: \_\_\_\_\_

NON      Initiales: \_\_\_\_\_

Nom complet du tuteur légal: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Signature du tuteur légal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ yyyy / mm / dd \_\_\_\_\_

Signature de l'élève: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ yyyy / mm / dd \_\_\_\_\_

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 publique à <https://ottawa.ca/fr/hotel-de-ville/responsabilisation-et-transparence/cadre-de-responsabilisation/acces-linformation-la-protection-de-la-vie-privee/protection-de-la-vie-privee/protection-des-renseignements-personnels-sur-la-sante>