

Grippe – Formulaire de consentement

Nom de famille		Prénom			
☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance		Téléphone (maison)	Téléphone (travail)	
	année	mois			jour
Adresse		Ville		Code postal	
Nom du médecin de famille		Ville où se trouve votre médecin de famille			
Questions de dépistage			Non	Oui	Si « oui », préciser.
Avez-vous été vacciné contre la grippe saisonnière par le passé?					
Êtes-vous allergique à l'un des composants du vaccin?					
Avez-vous de la fièvre?					
Avez-vous un trouble médical grave?					
Avez-vous des antécédents de convulsions ou avez-vous tendance à tomber sans connaissance?					
Prenez-vous des médicaments?					
Dans les 24 heures suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe, avez-vous déjà eu les symptômes suivants : respiration sifflante, difficulté à respirer et/ou serrement de poitrine?					
Avez-vous déjà été atteint du syndrome de Guillain-Barré dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la grippe?					

Veuillez cocher la case des énoncés avec lesquels vous êtes d'accord.

- ☐ J'accepte que les renseignements à mon sujet sur la vaccination contre la grippe soient transmis sous forme globale (groupe) au ministère de la Santé et des Soins de longue durée à des fins de santé publique.
- ☐ J'accepte que les renseignements à mon sujet sur la vaccination contre la grippe soient communiqués à mon fournisseur de soins de santé.

Je confirme aussi que j'ai lu le feuillet de renseignements sur le vaccin contre la grippe qui m'a été fourni et que je comprends les avantages, les risques et les réactions possibles associés à la vaccination. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. Je consens à l'administration du vaccin. J'ai été avisé d'attendre 15 minutes après l'administration du vaccin afin d'observer toute réaction indésirable possible au vaccin.

Signature : _____

Date : _____

Interventions infirmières (✓ pour indiquer que l'intervention a été effectuée) :

- ☐ Feuillet de renseignements à lire avant la vaccination remis au client ou au parent
- ☐ Questions de dépistage passées en revue avec le client
- ☐ Le client a eu l'occasion de poser des questions et des réponses lui ont été fournies
- ☐ L'avis d'immunisation a été rempli, passé en revue et fourni au client

Vaccin	N° du lot du vaccin	Date d'expiration	Dose	Voie	Site	
Vaxigrip® Fluviral® Agriflu® Fluad® Fluzone®			mL	IM	Droit Gauche	Bras Cuisse

Date : Heure : Signature du personnel infirmier : _____

NOTES D'ÉVOLUTION

Date et heure	Notes explicatives

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7, par. 4. Les renseignements personnels sur la santé recueillis sur ce formulaire serviront à tenir les dossiers d'immunisation et à surveiller l'utilisation des vaccins pour les besoins de la santé publique. Veuillez adresser les questions concernant la collecte et l'utilisation des renseignements personnels sur la santé au bureau de l'agent de protection de la vie privée, Bureau de santé du district de Simcoe-Muskoka, 15 Sperling Drive, Barrie (Ontario) L4M 6K9, téléphone : 705-721-7520 ou 1-877-721-7520.