

Consentement au vaccin contre le virus du papillome humain

Filles de 8^e année *SEULEMENT*

ÉTAPE N° 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom	Prénom	N° de carte Santé	○ Fille	○ Autre
Date de naissance <small>aaaa/mm/jj</small>	École		Classe ou nom de l'enseignant	
Nom du parent ou tuteur	Lien avec l'élève	Tél. (maison)	Tél. (travail) ou cell.	

ÉTAPE N° 2 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE

SI OUI, EXPLIQUER

As-tu des allergies?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
As-tu déjà eu une réaction allergique à un vaccin?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
T'es-tu déjà évanouie ou as-tu déjà eu une crise épileptique?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
Est-ce que tu as des problèmes de santé graves?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
Est-ce que tu prends des médicaments?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
Est-ce possible que tu sois enceinte?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
As-tu déjà reçu le vaccin contre le virus du papillome humain? SI OUI, INDIQUE LES DATES					
Gardasil®			Cervarix®		
<small>aaaa/mm/jj</small>	<small>aaaa/mm/jj</small>	<small>aaaa/mm/jj</small>	<small>aaaa/mm/jj</small>	<small>aaaa/mm/jj</small>	<small>aaaa/mm/jj</small>

ÉTAPE N° 3 – SENSIBILISATION DU PARENT OU DU TUTEUR

La *Loi sur le consentement aux soins de santé* stipule que toute personne, quel que soit son âge, peut consentir à un traitement médical, pourvu qu'elle comprenne les avantages et les risques du traitement ainsi que les avantages et les risques du non-traitement. En Ontario, il n'y a pas d'âge minimum pour accorder un consentement éclairé. Dans le cadre de la séance de vaccination en milieu scolaire, une infirmière évaluera les élèves selon les principes de la *Loi sur le consentement aux soins de santé* pour s'assurer qu'elle peut obtenir un consentement éclairé. On encourage les parents et tuteurs à discuter avec leurs enfants, avant la séance, des avantages et des risques de la vaccination. Pour en savoir plus long sur la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, visitez le <https://www.ontario.ca/fr/lois>.

Signature du parent ou tuteur:	Date: <small>aaaa/mm/jj</small>
--------------------------------	---------------------------------

ÉTAPE N° 4 – CONSENTEMENT DE L'ÉLÈVE J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements sur le vaccin contre le virus du papillome humain. Je comprends les avantages, les effets secondaires et les risques. Coche **OUI** ou **NON**. À moins d'être annulé par écrit, ce consentement demeure valide jusqu'à ce que toutes les doses de la série aient été administrées.

Série des doses du vaccin contre le VPH	
<input type="checkbox"/> OUI , je veux recevoir le vaccin.	<input type="checkbox"/> NON , je ne veux pas recevoir le vaccin.
Signature de l'élève:	Signature de l'élève:
Date: <small>aaaa/mm/jj</small>	Date: <small>aaaa/mm/jj</small>

