

Section 1 – Renseignements personnels sur l'élève

Nom de famille de l'élève :	Prénom :		
Date de naissance : aaaa / mm / jj	N° de carte Santé de l'Ontario :		
Nom du parent/tuteur :	N° de téléphone : Maison : Bureau :		
École :	Enseignant/Enseignante :	Année d'études :	

Section 2 – Renseignements personnels sur la santé

Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un vaccin?	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Êtes-vous allergique à une des composantes du vaccin? (Voir la fiche d'information ci-jointe)	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Avez-vous de graves problèmes de santé/du système immunitaire?	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Avez-vous déjà eu des crises convulsives, des évanouissements ou de l'asthme?	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Prenez-vous des médicaments?	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Est-il possible que vous soyez enceinte?	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Avez-vous déjà eu le vaccin contre le VPH? (p. ex. Gardasil ou Cervarix)	Non ☐ Oui ☐ Si oui, indiquez les dates d'administration du vaccin : _____		
Êtes-vous malade ou avez-vous de la fièvre aujourd'hui? (Le personnel infirmier posera cette question le jour de la séance.)	Non ☐	Oui ☐	Si oui, précisez ci-dessous.
Si vous avez répondu « oui » à une des questions ci-dessus, veuillez donner des précisions : _____ _____			

Section 3 – Sensibilisation du parent

J'ai passé en revue la fiche d'information sur le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je sais que l'on offrira ce vaccin à ma fille lors de la séance d'immunisation en milieu scolaire.

Signature du parent/tuteur :	Date :
------------------------------	--------

Section 4 – Consentement de l'élève

Je, l'élève, affirme que j'ai lu la fiche d'information sur le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je comprends les bienfaits, les risques et les réactions possibles après la vaccination. Je consens à l'administration du vaccin : (**cocher oui ou non**)

Vaccin contre le VPH (3 doses)

Oui ☐ Je consens Non ☐ Je ne consens pas

Signature de l'élève :	Date :
------------------------	--------

À moins d'être annulé par écrit, ce consentement est valide pendant la période requise pour administrer toutes les doses du vaccin.

Réservé au PERSONNEL INFIRMIER du bureau de santé

Interventions infirmières (signer des initiales une fois que chaque intervention pour chaque dose est accomplie)	1 ^{re} dose	2 ^e dose	3 ^e dose
L'élève a lu la fiche d'information.			
Renseignements personnels sur la santé (section 2) examinés avec l'élève.			
L'élève a eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses.			
L'avis d'immunisation a été rempli, discuté avec l'élève et remis à l'élève.			

Cocher s'il y a des notes d'évolution au verso du consentement. ☐

VPH	Vaccin	Dose	Site	Numéro de lot	Date d'administration	Heure d'administration	Administré par
1 ^{re} dose	Gardasil®	0,5 mL IM	deltoïde G ou D		aaaa / mm / jj		
2 ^e dose	Gardasil®	0,5 mL IM	deltoïde G ou D		aaaa / mm / jj		
3 ^e dose	Gardasil®	0,5 mL IM	deltoïde G ou D		aaaa / mm / jj		

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 et de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, L.R.O. 1990, chap. I.1, par. 11. 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.



Notes d'évolution

[illegible]