

CONSENTEMENT AUX VACCINS
OFFERTS EN 7^e ANNÉE

ÉTAPE 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom	Prénom	Date de naissance	Garçon	Fille	Autre
		aaaa/mm/jj	☐	☐	☐
N° de carte Santé _ _ _ _ _	École	Classe ou nom de l'enseignant			
Nom du parent ou du tuteur	Lien avec l'élève	Tél. - maison	Tél. - travail ou cellulaire		

ÉTAPE 2 – ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE

L'élève a déjà reçu les vaccins ci-dessous : (cocher le nom commercial et indiquer les dates auxquelles les vaccins ont été reçus)

Vaccin contre l'hépatite B	Date(s) reçu	Vaccin contre le méningocoque ACYW-135	Date(s) reçu
☐ Recombivax-HB ^{MD}	aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj	☐ Menveo ^{MD}	aaaa/mm/jj
☐ Engerix ^{MD} -B	aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj	☐ Nimerix ^{MD}	aaaa/mm/jj
		☐ Menactra ^{MD}	aaaa/mm/jj
Vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B	Date(s) reçu	Vaccin contre le virus du papillome humain	Date(s) reçu
☐ Twinrix ^{MD} Jr.	aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj	☐ Gardasil ^{MD}	aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj
☐ Twinrix ^{MD}	aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj	☐ Cervarix ^{MD}	aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj

ÉTAPE 3 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE

SI « OUI », EXPLIQUER

As-tu des allergies?	☐ Oui	☐ Non
As-tu déjà eu une réaction allergique à un vaccin?	☐ Oui	☐ Non
T'es-tu déjà évanoui ou as-tu déjà eu des convulsions?	☐ Oui	☐ Non
Est-ce que tu as des problèmes de santé graves?	☐ Oui	☐ Non
Est-ce que tu prends des médicaments?	☐ Oui	☐ Non
Est-ce possible que tu sois enceinte?	☐ Oui	☐ Non

ÉTAPE 4 – RENSEIGNEMENTS À L'INTENTION 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 de subir le traitement ainsi que les avantages et les risques de ne pas subir le 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 les 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, allez au <https://www.ontario.ca/fr/lois>.

Parent/Tuteur (Nom en lettres moulées)	Signature :	Date :
---	-------------	--------

ÉTAPE 5 – CONSENTEMENT DE L'ÉLÈVE

J'ai lu, ou on m'a expliqué, les renseignements sur le vaccin contre l'hépatite B, le vaccin contre le méningocoque ACYW-135 et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je comprends les avantages, les effets secondaires et les risques associés à ces vaccins. Coche OUI ou NON pour chacun des vaccins.

Vaccin contre l'hépatite B (série de 2 doses)	
☐ OUI Je veux recevoir le vaccin.	☐ NON Je ne veux pas recevoir le vaccin.
Vaccin contre le méningocoque ACYW-135 (une seule dose)	
Ce vaccin est obligatoire pour pouvoir fréquenter l'école. Si tu ne veux pas le recevoir, communique avec le bureau de santé pour obtenir un formulaire d'exemption.	
☐ OUI Je veux recevoir le vaccin.	☐ NON Je ne veux pas recevoir le vaccin.
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (série de 2 doses)	
☐ OUI Je veux recevoir le vaccin.	☐ NON Je ne veux pas recevoir le vaccin.

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE REQUISE

Signature de l'élève	Date : aaaa/mm/jj
----------------------	----------------------

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DE SANTÉ – Sensibilisation du parent ou du tuteur par téléphone

Communiqué avec :	POUR :	Número de tél. appelé :	Date :
	Hép. B ☐ OUI ☐ NON		aaaa/mm/jj
	Men ACYW-135 ☐ OUI ☐ NON		
Lien avec l'élève :	VPH ☐ OUI ☐ NON	Signature de l'infirmière :	Heure :

NURSING INTERVENTIONS

PUBLIC HEALTH USE ONLY - Completed by nurse ONLY in the event of Panorama disruption i.e. connectivity						
Hepatitis B vaccine	Dose	Site	Lot Number	Date Administered	Time Administered	Administered By
	1.0mL IM	Lt Deltoid		aaaa/mm/jj		
	1.0mL IM	Lt Deltoid		aaaa/mm/jj		
Meningococcal ACYW-135 vaccine	Dose	Site	Lot Number	Date Administered	Time Administered	Administered By
	0.5mL IM	Rt Superior Deltoid		aaaa/mm/jj		
HPV - Gardasil vaccine	Dose	Site	Lot Number	Date Administered	Time Administered	Administered By
	0.5mL IM	Rt Superior/Inferior Deltoid		aaaa/mm/jj		
	0.5mL IM	Rt Superior/Inferior Deltoid		aaaa/mm/jj		

PROGRESS NONTES

[illegible]