

**ÉTAPE N° 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE**

Nom de famille (légal)	Prénom	N° de carte Santé d'Ontario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Garçon	Fille	Autre
Date de naissance <i>aaaa/mm/jj</i>	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 – IMMUNISATION DE L'ÉLÈVE**

Mon enfant a déjà reçu les vaccins ci-dessous: (*encercler le nom de marque et indiquer les dates auxquelles les vaccins ont été administrés*)

<b>Vaccin contre l'hépatite B</b>			<b>Vaccin contre le méningocoque ACYW-135</b>		
<input type="radio"/> Engerix®-B	<input type="radio"/> Recombivax-HB®		<input type="radio"/> Menactra®	<input type="radio"/> Menveo™	<input type="radio"/> Nimerix®
Dates <i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>	Dates <i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>
<b>Vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B</b>			<b>Vaccin contre le virus du papillome humain</b>		
<input type="radio"/> Twinrix® Jr.	<input type="radio"/> Twinrix®		<input type="radio"/> Gardasil®	<input type="radio"/> Cervarix®	
Dates <i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>	Dates <i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>	<i>aaaa/mm/jj</i>

**ÉTAPE N° 3 – 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 évanoui 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

**ÉTAPE N° 4 – 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:

**ÉTAPE N° 5 – CONSENTEMENT DE L'ÉLÈVE**

J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements sur le vaccin contre l'hépatite B, le virus contre la méningococcie et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je comprends les avantages, les effets secondaires et les risques. Coche **OUI** ou **NON** pour chacun des vaccins. À moins d'être annulé par écrit, ce consentement demeure valide jusqu'à ce que toutes les doses de la série aient été administrées.

<b>Vaccin contre l'hépatite B (série de 2 doses)</b>					
<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 <i>aaaa/mm/jj</i>			Date <i>aaaa/mm/jj</i>		
<b>Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (série de 2 doses)</b>					
<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 <i>aaaa/mm/jj</i>			Date <i>aaaa/mm/jj</i>		
<b>Vaccin contre le méningocoque ACYW-135 (une seule dose)</b>					
<i>NB: 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.</i>					
<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 <i>aaaa/mm/jj</i>			Date <i>aaaa/mm/jj</i>		
<b>RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DE SANTÉ – Sensibilisation du parent ou du tuteur par téléphone</b>					
Communiqué avec:	POUR:			Numéro de tél. appelé:	Date: <i>aaaa/mm/jj</i>
	Hép. B	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Lien avec l'élève:	VPH	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Signature de l'infirmière:	Heure:
	Men ACYW-135	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		

