



\*SM02225\*

## CONSENTEMENT VACCINATION EN 3E SECONDAIRE

|   |                                 |   |
|---|---------------------------------|---|
| Consentement: <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Double identification faite  |                                 |   |
| Nom de l'école : _____ Groupe : _____ #SIPMI : _____  |                                 |   |
| <b>RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE À VACCINER</b><br>(à remplir par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur d'un enfant âgé de moins de 14 ans)   |                                 |   |
| Nom à la naissance : _____ Prénom : _____   |                                 |   |
| Adresse : _____   |                                 | Code postal : _____   |
| Date de naissance : _____ # assurance maladie: _____ Exp. : _____   |                                 |   |
| Nom, prénom du père : _____   |                                 | Tel. (où il peut être rejoint) : ( )  |
| Nom, prénom de la mère : _____  |                                 | Tel. (où il peut être rejoint) : ( )  |
| Nom, prénom du tuteur de l'enfant : _____   |                                 | Tel. (où il peut être rejoint) : ( )  |
| <b>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE LA PERSONNE À VACCINER</b>  | <b>Oui</b>                      | <b>Non</b>  |
| 1. A déjà eu une réaction allergique grave suite à l'administration d'un vaccin qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   |
| 2. A des problèmes de santé graves (ex : convulsions, troubles de saignement) ?<br>Si oui, précisez : _____   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   |
| 3. A des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie ou prend des médicaments qui peuvent affaiblir son système immunitaire (ex. : leucémie, cancer, VIH/sida, greffe de moelle osseuse) ?<br>Si oui, précisez : _____   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   |
| 4. Prend des médicaments qui contiennent de l'acide acétylsalicylique (AAS, ex. : aspirine)?  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   |
| 5. A reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois ?  | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   |
| 6. A déjà fait la varicelle (picote) ou a reçu la vaccination contre la varicelle <b>après l'âge d'un an?</b>   | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>   |
| <b>CONSENTEMENT</b>   |                                 |   |
| Si votre enfant est âgé de moins de 14 ans, comme parent ou tuteur, vous devez prendre la décision relative à sa vaccination.   |                                 |   |
| Si vous avez 14 ans ou plus, vous pouvez consentir vous-même à recevoir des soins de santé, y compris la vaccination. Après avoir pris connaissance de l'information remise en classe sur les maladies, vaccins et effets secondaires, vous pouvez consentir ou refuser la vaccination en cochant la case appropriée. Vous devez ensuite apposer votre signature. |                                 |   |
| <b>Si vous avez d'autres questions sur cette vaccination, nous vous invitons à vous adresser à votre CLSC ?</b>   |                                 |   |
| <input type="radio"/> Je consens  | <input type="radio"/> Je refuse | La vaccination contre <b>la diphtérie et le tétanos</b>   |
| <input type="radio"/> Je consens  | <input type="radio"/> Je refuse | La vaccination contre <b>le méningocoque de type C</b>  |
| <input type="radio"/> Je consens  | <input type="radio"/> Je refuse | La vaccination contre <b>le virus du papillome humain</b>   |
| <input type="radio"/> Je consens  | <input type="radio"/> Je refuse | <b>Toute autre vaccination nécessaire</b> à la mise à jour de mon statut vaccinal selon les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec ( <i>Rougeole – Rubéole – Oreillons – Varicelle- Hépatite B – Hépatite A – Poliomyélite</i> ) |
| Signature : _____   |                                 | Date : _____  |
| (Signature du parent, du tuteur ou de la personne âgée de 14 ans ou plus)   |                                 |   |

Nom :

Prénom :

# Dossier :

| RÉSERVÉ À L'USAGE DU VACCINATEUR  |   |   |  |                       |
|---|---|---|--|-----------------------|
| <b>1<sup>ère</sup> VISITE</b>   |   |   |  | Date et heure : _____ |
| 7. Double identification  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               | T°C : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> N/A |                       |
| 8. Fait de la fièvre aujourd'hui ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 9. A reçu un vaccin depuis un mois ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 10. Est enceinte ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 11. Carnet de vaccination en main ?   | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 12. Vaccination indiquée ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 13. Information / Bénéfices et effets sec.  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 14. Attente x 15 min demandé ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| Administrer : <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> VPH9 <input type="checkbox"/> VPH2 <input type="checkbox"/> RRO <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> HEP B <input type="checkbox"/> HEP A & B <input type="checkbox"/> dcaT <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Autres : |   |   |  |                       |
| Date : _____ Heure : _____ Signature : _____ # de permis : _____  |   |   |  |                       |
| <input type="checkbox"/> Double identification  |   |   |  |                       |
| <b>Vaccin</b>   | <b>Dose</b>   | <b>Voie</b>   | <b>Site</b>  | <b>N° Lot</b>         |
| <input type="checkbox"/> dT absorbées   | <input type="checkbox"/> 0.5ml  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/> Neisvac-C/Menjugate  | <input type="checkbox"/> unidose  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/> Gardasil 9   | <input type="checkbox"/> unidose  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/> Cervarix   | <input type="checkbox"/> unidose  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 1 ml <input type="checkbox"/> unidose | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 1 ml <input type="checkbox"/> unidose | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 1 ml <input type="checkbox"/> unidose | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| Date : _____ Heure : _____ Signature : _____ # de permis : _____  |   |   |  |                       |
| <b>2<sup>ème</sup> VISITE</b>   |   |   |  | Date et heure : _____ |
| 7. Double identification  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               | T°C : _____<br>_____<br><input type="checkbox"/> N/A |                       |
| 8. Fait de la fièvre aujourd'hui ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 9. A reçu un vaccin depuis un mois ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 10. Est enceinte ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 11. Carnet de vaccination en main ?   | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 12. Vaccination indiquée ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 13. Information / Bénéfices et effets sec.  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| 14. Attente x 15 min demandé ?  | <input type="radio"/> Oui   | <input type="radio"/> Non                               |  |                       |
| Administrer : <input type="checkbox"/> dT <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> VPH9 <input type="checkbox"/> VPH2 <input type="checkbox"/> RRO <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> HEP B <input type="checkbox"/> HEP A & B <input type="checkbox"/> dcaT <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Autres : |   |   |  |                       |
| Date : _____ Heure : _____ Signature : _____ # de permis : _____  |   |   |  |                       |
| <input type="checkbox"/> Double identification  |   |   |  |                       |
| <b>Vaccin</b>   | <b>Dose</b>   | <b>Voie</b>   | <b>Site</b>  | <b>N° Lot</b>         |
| <input type="checkbox"/> dT absorbées   | <input type="checkbox"/> 0.5ml  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/> Neisvac-C/Menjugate  | <input type="checkbox"/> unidose  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/> Gardasil 9   | <input type="checkbox"/> unidose  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/> Cervarix   | <input type="checkbox"/> unidose  | <input type="checkbox"/> IM                             | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 1 ml <input type="checkbox"/> unidose | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 1 ml <input type="checkbox"/> unidose | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 0.5ml <input type="checkbox"/> 1 ml <input type="checkbox"/> unidose | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC | <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> BD    |                       |
| Date : _____ Heure : _____ Signature : _____ # de permis : _____  |   |   |  |                       |