



S M 0 2 2 2 5

CONSENTEMENT VACCINATION EN 3E SECONDAIRE

Nom de l'école : _____ Groupe : _____ #SIPMI : _____		
RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PERSONNE À VACCINER (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 parent 1 : _____		Tel. (où il peut être rejoint) : () _____
Nom, prénom du parent 2 : _____		Tel. (où il peut être rejoint) : () _____
Nom, prénom du tuteur de l'enfant : _____		Tel. (où il peut être rejoint) : () _____
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE LA PERSONNE À VACCINER		
1. A déjà eu une réaction allergique grave suite à l'administration d'un vaccin qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
2. A des problèmes de santé graves (ex : convulsions, troubles de saignement, maladie chronique hépatique ou rénale) ? 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) ? 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) après l'âge d'un an ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CONSENTEMENT		
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.		
Si vous avez d'autres questions sur cette vaccination, nous vous invitons à vous adresser à votre CLSC ?		
<input type="radio"/> Je consens	<input type="radio"/> Je refuse	La vaccination contre la diphtérie et le tétanos
<input type="radio"/> Je consens	<input type="radio"/> Je refuse	La vaccination contre le méningocoque de type C-ACWY
<input type="radio"/> Je consens	<input type="radio"/> Je refuse	La vaccination contre le virus du papillome humain
<input type="radio"/> Je consens	<input type="radio"/> Je refuse	Toute autre vaccination nécessaire 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

1 ^{ère} VISITE				Date et heure : _____
7. Double identification	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	T°C : _____ _____ <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 : dT Méningocoque VPH9 VPH2 RRO VAR HEP A HEP B HEP A & B dcaT Polio Autres :

Date : _____ Heure : _____ Signature : _____ # de permis : _____

Double identification

Vaccin	Dose	Voie	Site	N° Lot
<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"/> Nimenrix	<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 : _____

2 ^{ème} VISITE				Date et heure : _____
7. Double identification	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	T°C : _____ _____ <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 : dT Méningocoque VPH9 VPH2 RRO VAR HEP A HEP B HEP A & B dcaT Polio Autres :

Date : _____ Heure : _____ Signature : _____ # de permis : _____

Double identification

Vaccin	Dose	Voie	Site	N° Lot
<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"/> Nimenrix	<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 : _____