

FICHE D'INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE

# formulaire de consentement pour le programme scolaire de vaccination

- 1 **LISEZ** le livret d'information que vous avez reçu sur les vaccins et les maladies.
- 2 **DÉTACHEZ** cette fiche.
- 3 **REMP LISSEZ** toutes les parties des sections 1 et 2 du formulaire de consentement pour le programme scolaire de vaccination.
  - Dans la **section 1**, assurez-vous d'indiquer si l'élève a des allergies ou a déjà eu une réaction après un vaccin.
  - Dans la **section 2**, assurez-vous d'indiquer les dates si l'élève a déjà reçu les vaccins énumérés. Ces renseignements aideront l'infirmière à déterminer les vaccins à donner à l'élève.
- 4 **SIGNEZ ET DATEZ** au bas de la section 2.
- 5 **RETOURNEZ** le formulaire de consentement à l'école.

Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, la Santé publique peut communiquer avec vous. Après que l'élève reçoit TOUS les vaccins pour lesquels vous avez donné votre consentement, son carnet de vaccination en ligne sera mis à jour.

**SIGNEZ et RETOURNEZ** le formulaire de consentement même si vous ne souhaitez **PAS** que l'élève soit vacciné.

#### EN CAS DE DOUTE, POSEZ DES QUESTIONS.

Si vous avez des questions sur les vaccins, ou si vous ne comprenez pas quelque chose, communiquez avec le bureau de la Santé publique de votre région. Vous trouverez les coordonnées des bureaux dans le livret d'information qui vous a été fourni, ou en ligne sur <https://www.nshealth.ca/les-services-en-francais-sante-nouvelle-ecosse>.

# Formulaire de consentement pour le programme scolaire de vaccination

Les vaccins inclus dans ce formulaire sont les suivants : vaccin contre l'hépatite B, vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9), vaccin quadrivalent contre le méningocoque, vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT). Santé Nouvelle-Écosse s'engage à protéger la confidentialité de vos renseignements personnels sur la santé conformément à la loi sur les renseignements personnels sur la santé (*Personal Health Information Act*). La Santé publique recueille des données agrégées sur l'immunisation afin de produire des rapports visant à appuyer la planification et la gestion et à évaluer les taux de protection en Nouvelle-Écosse.

## Remplissez les sections 1 et 2.

<b>Section 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ÉLÈVE</b>		Année scolaire : _____	
Nom complet : _____		Nom préféré : _____	
Adresse : _____		Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Nom du parent ou du tuteur : _____			
Téléphone du parent/tuteur pendant le jour : _____		Courriel du parent/tuteur : _____	
Nom du médecin de famille ou de l'infirmière praticienne : _____			
Nom de l'école : _____		Nom de l'enseignant et numéro de la salle : _____	
Numéro de la carte santé : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"><input type="text"/><input type="text"/></input>		Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
L'élève a-t-il des allergies? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si OUI, indiquez les allergies : _____	
L'élève a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si OUI, veuillez expliquer : _____	

<b>Section 2 : CONSENTEMENT DU PARENT OU DU TUTEUR</b>	<b>À noter : Un mineur suffisamment mûr peut annuler le consentement de son parent ou tuteur s'il est jugé apte à le faire.</b>
• J'ai lu les renseignements fournis sur les quatre vaccins. Je comprends les bienfaits, les risques et les réactions possibles de chacun des vaccins.	
• Le présent consentement est valable pour la période nécessaire à l'administration de toutes les doses de vaccins, sauf si je l'annule par écrit.	
• <b>En signant ci-dessous, je consens aux vaccinations suivantes (veuillez cocher la case « Oui » ou « Non » pour chacun des vaccins) et à l'administration d'un traitement d'urgence (p. ex., épinéphrine), si nécessaire :</b>	
<b>Vaccin contre l'hépatite B (2 doses)</b>	
<input type="checkbox"/> OUI, JE CONSENS <input type="checkbox"/> NON, JE NE CONSENS PAS	
Si l'élève a déjà reçu le vaccin Twinrix, veuillez indiquer les dates : Dose 1 : _____ Dose 2 : _____ Dose 3 : _____	
Si l'élève a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B, veuillez indiquer le nom du vaccin : _____	
et les dates : Dose 1 : _____ Dose 2 : _____ Dose 3 : _____	
<b>Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9) (2 doses)</b>	
<input type="checkbox"/> OUI, JE CONSENS <input type="checkbox"/> NON, JE NE CONSENS PAS	
Si l'élève a déjà reçu ce vaccin, veuillez indiquer le nom du vaccin : _____	
et les dates : Dose 1 : _____ Dose 2 : _____ Dose 3 : _____	
<b>Vaccin quadrivalent contre le méningocoque (1 dose)</b>	
<input type="checkbox"/> OUI, JE CONSENS <input type="checkbox"/> NON, JE NE CONSENS PAS	
Si l'élève a reçu ce vaccin récemment, veuillez indiquer le nom du vaccin : _____ et la date : _____.	
<b>Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT) (1 dose)</b>	
<input type="checkbox"/> OUI, JE CONSENS <input type="checkbox"/> NON, JE NE CONSENS PAS	
Si l'élève a reçu ce vaccin récemment, veuillez indiquer le nom du vaccin : _____ et la date : _____.	
<b>SIGNATURE REQUISE</b>	
Signature : _____ (parent ou tuteur) Nom en lettres moulées : _____ (parent ou tuteur) Date : _____	
Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, la Santé publique peut communiquer avec vous.	

<b>SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE OU L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE AUTORISÉE</b>	
<b>Vaccin contre l'hépatite B</b>	
1 <sup>re</sup> dose : _____	Site : Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Marque du vaccin : _____
Heure : _____	Voie : IM <input type="checkbox"/> N° de lot : _____
2 <sup>e</sup> dose : _____	Site : Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Voie : IM <input type="checkbox"/> N° de lot : _____
Heure : _____	Date : _____ Signature : _____
<b>Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9)</b>	
1 <sup>re</sup> dose : _____	Site : Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Marque du vaccin : _____
Heure : _____	Voie : IM <input type="checkbox"/> N° de lot : _____
2 <sup>e</sup> dose : _____	Site : Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Voie : IM <input type="checkbox"/> N° de lot : _____
Heure : _____	Date : _____ Signature : _____
<b>Vaccin quadrivalent contre le méningocoque (une dose)</b>	
1 dose : _____	Site : Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Marque du vaccin : _____
Heure : _____	Voie : IM <input type="checkbox"/> N° de lot : _____
Date : _____ Signature : _____	
<b>Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT)</b>	
1 dose : _____	Site : Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Marque du vaccin : _____
Heure : _____	Voie : IM <input type="checkbox"/> N° de lot : _____
Date : _____ Signature : _____	