

Consentement général à la vaccination systématique

PARENTS/TUTEURS : À L'AIDE D'UN STYLO, REMPLIR LISIBLEMENT LE FORMULAIRE ET LE RENDRE À L'ÉCOLE.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ÉLÈVE (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)

Nom de l'élève (caractères d'imp.)	Prénom de l'élève (caractères d'imp.)	Garçon	Fille	Date de naissance :
N° de carte d'assurance-maladie	Adresse postale/C. P., ville et code postal			École
Nom du parent/tuteur (caractères d'imp.)	Tél. cell. ()	Textos seulement? Oui <input type="checkbox"/>	N° de téléphone privilégié ()	Enseignant(e)/Classe
Lien de parenté avec l'élève	Adresse courriel du parent/tuteur			

SECTION 2 : LISTE DE VÉRIFICATION CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)

- 1) L'élève a-t-il déjà eu une réaction grave ou une réaction allergique, constituant un danger de mort, à un vaccin ou à un composant de vaccin? Non Oui **Si oui**, veuillez préciser : _____
- 2) L'élève souffre-t-il de problèmes de santé ou d'allergies graves aux médicaments?
Non Oui **Si oui**, veuillez préciser : _____
- 3) L'élève a-t-il reçu des produits du sang ou de l'immunoglobuline dans le courant de l'année passée?
Non Oui **Si oui**, produit(s), date(s) : _____
- 4) L'élève prend-il des médicaments (p. ex. prednisonne), souffre-t-il d'une maladie, ou est-il traité pour une maladie affaiblissant le système immunitaire (p. ex. un cancer ou le SIDA)? Non Oui **Si oui**, veuillez préciser : _____
- 5) **Cocher toutes les réponses appropriées** : L'élève a-t-il déjà été vacciné :
 À l'extérieur de la Saskatchewan? Par un service des urgences? Par un médecin, un pharmacien ou une infirmière praticienne?
 Avec un vaccin acheté? Dans une clinique santé-voyage? Dans une communauté des Premières Nations différente que celle où il vit actuellement (le cas échéant)? **Si oui**, précisez, autant que possible, le ou les noms des vaccins reçus, les date(s), localité(s) du ou des fournisseurs de soins et joignez une copie du ou des documents connexes : _____

SECTION 2 : VACCINS QUE L'ÉLÈVE PEUT RECEVOIR (À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et haemophilus influenzae de type b _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Antiméningococcique conjugué grp. A, C, Y, W-135 _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae de type b _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Antipneumococcique conjugué 13 _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Hépatite A _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Polysaccharidique 23-valent contre le pneumocoque _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Hépatite B _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Polio _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Papillomavirus humain (9 types de VPH) _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Tétanos, diphtérie, coqueluche _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons, rubéole _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons, rubéole, varicelle _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Varicelle _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Antiméningococcique de type B _____ dose(s) | <input type="checkbox"/> Autre : _____ dose(s) |
| <input type="checkbox"/> Antiméningococcique conjugué de type C _____ dose(s) | |

SECTION 4 : CONSENTEMENT À LA VACCINATION (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)

- J'ai lu les renseignements figurant sur le ou les feuillets de vaccination du ministère de la Santé qui m'ont été fournis pour le ou les vaccins énumérés ci-dessous.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.
- J'atteste comprendre les avantages du ou des vaccins et les réactions possibles, ainsi que les risques que pourrait courir mon enfant s'il n'est pas vacciné.
- J'atteste comprendre que dans le rare cas d'anaphylaxie, mon enfant recevra un traitement d'urgence.
- J'atteste comprendre que lorsqu'une série de vaccins exige plus d'une dose, mon consentement se poursuit jusqu'à ce que toutes les doses requises du vaccin aient été administrées à mon enfant, à moins que je ne fournisse au préalable une révocation écrite ou verbale à l'infirmière de la santé publique de l'école.

En tant que parent ou tuteur de cet enfant, j'atteste comprendre et reconnaître que j'ai les responsabilités suivantes :

- Consulter un médecin si mon enfant présente une réaction inhabituelle ou grave après la vaccination. Si une telle réaction se produit, je veillerai à ce que mon enfant reçoive des soins et j'en informerai immédiatement les services de la santé publique.
- Informer l'infirmière de l'école de tout changement dans l'état de santé de mon enfant mentionné à la section 2 qui survient après la signature du présent formulaire de consentement.
- REMARQUE : Il est recommandé que les parents/tuteurs discutent du consentement à la vaccination avec leurs enfants. Le consentement s'adresse en premier lieu aux parents ou aux tuteurs. Toutefois, en Saskatchewan, les adolescents de 13 ans et plus, capables de comprendre les avantages et les réactions possibles à chaque vaccin, ainsi que les risques de ne pas être vaccinés peuvent, en tant que mineurs matures, légalement consentir à recevoir ou refuser la vaccination en présentant un consentement éclairé au fournisseur de soins de santé.

LE PARENT/TUTEUR DOIT COCHER SEULEMENT 1 DES CASES SUIVANTES, SIGNER ET DATER :

- OUI** JE CONSENS À LA VACCINATION DE MON ENFANT PAR TOUS LES VACCINS RECOMMANDÉS CI-DESSOUS.
- OUI** JE CONSENS À LA VACCINATION DE MON ENFANT PAR TOUS LES VACCINS RECOMMANDÉS **SAUF** CELUI DE _____.
- NON** JE REFUSE QUE MON ENFANT REÇOIVE TOUS LES VACCINS RECOMMANDÉS (**REFUS**).

SIGNATURE _____ DATE AA/MM/JJ _____

Parents – Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4 de ce formulaire et le renvoyer à l'école.

SECTION 5 : À L'USAGE DE L'INFIRMIÈRE SEULEMENT

Nom de l'élève : _____ M F Date de naissance _____ N° assur.-maladie _____

Date d'entrée des directives de consentement dans Panorama : _____ Paraphe de l'infirmière: _____

Utilisez cette section si la documentation du point de service n'est pas disponible.

Date de la vaccination	Vaccin	Dose n°	N° de lot	Dosage	Voie	Site	Signature de l'infirmière	Inscrit
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		

Consentement verbal <input type="checkbox"/>				Consentement d'un mineur mature <input type="checkbox"/>				Remarques :										
Nom du parent/tuteur				Signature de l'élève														
Numéro de téléphone				Date et heure														
Date et heure				Signature de l'infirmière														
Signature de l'infirmière																		
	DCaT-VPI-Hib	Hib	HA	HB	VPH-9	ROR	RORV	MenB	Men-C-C	Men-C-ACYW-135	Pneu-C-13	Pneu-P-23	VPI	dCaT	DCaT-VPI	Var.	Autre	Autre
Accordé																		
Refusé																		