

## **Trousse de vaccination : Consentement général**

*Saskatchewan* 

# Directives sur le consentement à la vaccination en milieu scolaire

- Lisez et gardez pour référence les feuillets d'information sur les vaccins.**
  - Vous trouverez, en ligne, le calendrier provincial des vaccinations ainsi que les feuillets d'information sur les vaccins, en anglais au [www.saskatchewan.ca/immunize](http://www.saskatchewan.ca/immunize), et en français au [www.saskatchewan.ca/bonjour](http://www.saskatchewan.ca/bonjour).
  - Pour toute autre langue que le français ou l'anglais ou si vous avez besoin d'aide pour mieux comprendre les renseignements fournis, communiquez avec le bureau de la santé publique mentionné ci-dessous.
- Un des parents/tuteurs doit remplir les sections suivantes du formulaire de consentement.**
  - Renseignements sur l'élève
  - Liste de vérification concernant la santé de l'élève
  - Consentement à la vaccination
  - Veillez signer et dater la section** au recto du formulaire de consentement. **Tous les formulaires de consentement doivent être signés et datés.**
- Détachez le formulaire de consentement et demandez à votre enfant de le retourner à l'école immédiatement. Le parent ou le tuteur peut glisser le formulaire dans une enveloppe avant qu'il soit rapporté à l'école.
- Si l'élève a été vacciné : hors Saskatchewan; dans un service des urgences; avec un vaccin acheté; dans une clinique santé-voyage; par un médecin, un pharmacien ou une infirmière praticienne; dans une communauté des Premières Nations différente de celle où il vit actuellement (le cas échéant), il est important **d'envoyer une copie de l'avis attestant de cette vaccination à l'école de l'élève, à l'attention de l'infirmière.**
- Les infirmières révisent les dossiers d'immunisation des élèves avant d'administrer un vaccin.** Si l'infirmière remarque qu'un élève n'a pas besoin d'un vaccin autorisé par un parent ou un tuteur, elle **n'administrera pas** le vaccin et notera ce fait sur l'avis de vaccination (Notice of Immunization) remis à l'élève.
- Généralement, les dates de vaccination en milieu scolaire ne sont pas communiquées aux parents/tuteurs ou aux élèves. Les parents peuvent communiquer avec une infirmière de la santé publique pour discuter du cas de leur enfant ou, s'ils le souhaitent, faire vacciner leur(s) enfant(s) dans un centre de soins de santé plutôt qu'à l'école.

## Remarques :

- Si votre enfant a une mauvaise réaction ou une réaction inhabituelle au(x) vaccin(s) administré(s), obtenez immédiatement des soins médicaux et aviser le bureau de la santé publique de cette réaction.
- Suivant la signature du Formulaire de consentement à la vaccination, les parents/tuteurs doivent informer l'infirmière de la santé publique de l'école de tout changement de santé de l'élève.
- Le Formulaire de consentement à la vaccination est valide pour la période nécessaire à l'administration de toutes les doses du ou des vaccins.
- Pour annuler le consentement à la vaccination de son enfant, un des parents/tuteurs doit communiquer avec l'infirmière de la santé publique de l'école.
- Pour toute question sur les programmes scolaires de vaccination, communiquez avec votre bureau de la santé publique.

Afin de garder les dossiers de vaccination complets, tous les vaccins administrés par le personnel de la santé publique seront consignés dans le registre provincial informatisé d'immunisation nommé Panorama. Votre dossier d'immunisation est également susceptible d'être consulté par des professionnels de la santé afin de fournir des services de santé publique, d'aider au diagnostic et au traitement, et de contrôler la propagation des maladies évitables par la vaccination. Panorama est le système électronique sécurisé utilisé en Saskatchewan afin d'enregistrer et de gérer les dossiers de vaccination, et de santé liée à la vaccination, de tous les résidents de la province.

# Consentement général à la vaccination systématique

**PARENTS/TUTEURS : À L'AIDE D'UN STYLO, REMPLIR LISIBLEMENT LE FORMULAIRE ET LE RENVoyer 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 (M)	Fille (F)	Date de naissance : AA/MM/JJ
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 préférés? Oui Non	N° de téléphone préféré ( )	Enseignant(e)/Classe
Lien de parenté avec l'élève (p. ex. : mère)		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? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , veuillez préciser : _____				
2) L'élève souffre-t-il de problèmes de santé ou d'allergies graves aux médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , veuillez préciser : _____				
3) L'élève a-t-il reçu des produits du sang ou de l'immunoglobuline dans le courant de l'année passée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , produit(s), date(s) : _____				
4) L'élève prend-il des médicaments (p. ex. prednisone), souffre-t-il d'une maladie, ou est-il traité pour une maladie affaiblissant le système immunitaire (p. ex. un cancer ou le SIDA)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , veuillez préciser : _____				
5) L'élève a-t-il déjà été vacciné : <input type="checkbox"/> À l'extérieur de la Saskatchewan? <input type="checkbox"/> Par un service des urgences? <input type="checkbox"/> Avec un vaccin acheté? <input type="checkbox"/> Dans une clinique santé-voyage? <input type="checkbox"/> Par un médecin, un pharmacien ou une infirmière praticienne? <input type="checkbox"/> Dans une communauté des Premières Nations différente que celle où il vit actuellement (le cas échéant)? <b>Si oui</b> , 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 <i>haemophilus influenzae</i> de type b _____ dose(s)		<input type="checkbox"/> Antiméningococcique conjugué grp. A, C, Y, W-135 _____ dose(s)		
<input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> 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)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>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 cochés ci-dessus.</li> <li>J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.</li> <li>J'atteste comprendre les avantages du ou des vaccins et les réactions possibles.</li> <li>J'atteste comprendre les risques de maladie que pourrait courir mon enfant s'il n'est pas vacciné.</li> <li>J'atteste comprendre que dans un rare cas d'anaphylaxie, mon enfant recevra un traitement d'urgence.</li> <li>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 aient été administrées à mon enfant, sauf révocation de mon consentement auprès de l'infirmière de la santé publique de l'école.</li> </ul> <p><b>En tant que parent/tuteur de cet enfant, j'atteste comprendre et reconnaître que j'ai les responsabilités suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Informé l'infirmière de l'école de tout changement dans l'état de santé de mon enfant, comme indiqué à la section 2, survenant après la signature du présent formulaire de consentement.</li> <li>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 la vaccination, ou la refuser, en présentant un consentement éclairé au fournisseur de soins de santé.</li> </ul> <p><b>LE PARENT/TUTEUR DOIT COCHER SEULEMENT 1 DES CASES SUIVANTES, SIGNER ET DATER :</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Je consens à la vaccination de mon enfant <u>avec tous les vaccins recommandés</u> ci-dessus.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>OUI</b> Je consens à la vaccination de mon enfant avec tous les vaccins recommandés <b>SAUF</b> celui de _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NON</b> Je <u>refuse</u> que mon enfant reçoive <u>tous les vaccins</u> recommandés (REFUS).</p> <p>SIGNATURE _____ DATE _____ AA/MM/JJ</p>				
<b>Parents – Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4 de ce formulaire et le renvoyer à l'école.</b>				

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

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ M F Date de naissance AA/MM/JJ N° assur.-maladie \_\_\_\_\_

Date d'entrée des directives de consentement dans Panorama : AA/MM/JJ Paraphe de l'infirmière: \_\_\_\_\_

Utilisez cette section si la documentation du point de service n'est pas disponible.								Inscrit
Date de la vaccination <i>AA/MM/JJ</i>	Vaccin	Dose n°	N° de lot	Dose	Voie	Site	Signature de l'infirmière	
						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		
						BG BD		
						BG BD		
						BG BD		

<b>Consentement verbal</b> <input type="checkbox"/>				<b>Consentement d'un mineur mature</b> <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																			