

Consentement général à l'immunisation systématique – Enfants d'âge scolaire

PARENTS/TUTEURS :			
<input type="checkbox"/> À L'AIDE D'UN STYLO, REMPLIR LISIBLEMENT LES SECTIONS 1, 2 ET 4 DU FORMULAIRE ET LE RENVOYER À L'ÉCOLE, et ce, même si vous refusez que votre enfant reçoive ces vaccins ou certains d'entre eux.			
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.)	Genre de l'élève M F Autre	Date de naissance AA/MM/JJ
N° d'assurance-maladie	Adresse postale/C. P., ville et code postal		École
Nom du parent/tuteur (caractères d'imp.)	Tél./tél. cell : _____ Pouvons-nous communiquer avec vous par texto? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Enseignant(e)/Classe
Lien de parenté avec l'élève (p. ex. : mère)		Adresse courriel du parent/tuteur : _____ Pouvons-nous communiquer avec vous par courriel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
SECTION 2 : LISTE DE VÉRIFICATION CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)			
1) Cet élève a-t-il eu une réaction grave, constituant un danger de mort ou allergique à un vaccin ou à un composant de vaccin? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , veuillez préciser : _____			
2) Cet élève souffre-t-il de problèmes de santé ou a-t-il des allergies graves? _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , veuillez préciser : _____			
3) Cet élève a-t-il reçu des produits du sang ou de l'immunoglobuline au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , indiquer le(s) produit(s) et la ou les date(s) : _____			
4) L'élève prend-il des médicaments (p. ex. prednisone), reçoit-il un traitement ou souffre-t-il d'une maladie affaiblissant le système immunitaire (p. ex. un cancer ou le VIH)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui , 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-voyages? <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)?			
A. Avez-vous une copie des dossiers d'immunisation à portée de main. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui , précisez l'emplacement (ville ou village) où l'enfant a reçu le vaccin et le nom des fournisseurs de soins OU joignez une copie du dossier : _____			
SECTION 3 : VACCINS QUE L'ÉLÈVE PEUT RECEVOIR (À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIER)			
<input type="checkbox"/> Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et <i>haemophilus influenzae</i> de type b _____ dose(s) <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> de type b _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Hépatite A _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Hépatite B _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Papillomavirus humain (9 types de VPH) _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons, rubéole _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Rougeole, oreillons, rubéole, varicelle _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Antiméningococcique de type B _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Antiméningococcique conjugué de type C _____ dose(s)		<input type="checkbox"/> Antiméningococcique conjugué grp. A, C, Y, W-135 _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Antipneumococcique conjugué 15 _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Antipneumococcique conjugué 20 _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Polio _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Tétanos, diphtérie _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Tétanos, diphtérie, coqueluche _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Varicelle _____ dose(s) <input type="checkbox"/> Autre : _____ dose(s)	
SECTION 4 : CONSENTEMENT À LA VACCINATION (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)			
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. • J'atteste comprendre les risques de maladie que pourrait courir mon enfant s'il n'est pas vacciné. • J'atteste comprendre que dans un 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 aient été administrées à mon enfant, sauf révocation de mon consentement auprès de l'infirmière de la santé publique de l'école. <p>En tant que parent/tuteur de cet enfant, j'atteste comprendre et reconnaître que j'ai les responsabilités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, comme indiqué à la section 2, survenant 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 la vaccination, ou la refuser, en présentant un consentement éclairé au fournisseur de soins de santé. 			
LE PARENT/TUTEUR DOIT COCHER SEULEMENT 1 DES CASES SUIVANTES, SIGNER ET DATER :			
<input type="checkbox"/> OUI Je consens à la vaccination de mon enfant avec tous les vaccins recommandés ci-dessus.			
<input type="checkbox"/> OUI Je consens à la vaccination de mon enfant avec tous les vaccins recommandés SAUF celui de _____			
<input type="checkbox"/> NON Je refuse que mon enfant reçoive tous les vaccins recommandés (REFUS).			
SIGNATURE _____		DATE _____	

Directives sur le consentement à l'immunisation en milieu scolaire

- Lisez et gardez pour référence les feuillets d'information sur les vaccins.**
 - Vous trouverez, en ligne, le calendrier provincial des immunisations ainsi que les feuillets d'information sur les vaccins en français au www.saskatchewan.ca/bonjour/.
 - Pour toute autre langue que le français ou l'anglais **ou** pour de l'aide afin de 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
 - Signez et datez 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; par un médecin, un pharmacien ou une infirmière praticienne ou dans une clinique santé-voyage; 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 aux fins d'examen.**
- Les infirmières révisent les dossiers d'immunisation de tous les 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.

Remarques :

- Généralement, la santé publique ne communique pas les dates de vaccination en milieu scolaire aux parents/tuteurs ou aux élèves, car les dates peuvent changer.**
- 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.**
- Le consentement à la vaccination est valide pour la période nécessaire à l'administration de toutes les doses du ou des vaccins. Cela signifie que l'élève pourrait recevoir des doses de vaccin au niveau scolaire suivant ou à l'année scolaire suivante.
- Si votre enfant a une réaction grave ou inhabituelle au(x) vaccin(s) administré(s), obtenez immédiatement des soins médicaux et avisez 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.
- 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 local dont les coordonnées sont ci-dessous.

Afin de garantir qu'un dossier de vaccination complet soit conservé, les vaccinations administrées par la Santé publique seront documentées dans le registre électronique de vaccination provincial, connu sous le nom de Panorama. Pour plus d'informations sur la façon dont les dossiers de santé sont conservés, visitez :

<https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/your-personal-health-information-and-privacy>

Chers parents, tuteurs et élèves,

- Les dossiers d'immunisation (des élèves) sont accessibles pour consultation et impression en se connectant au compte de l'élève dans l'application en ligne MySaskHealthRecord à l'adresse suivante :
<https://www.ehealthsask.ca/MySaskHealthRecord/MySaskHealthRecord>.
- **Si un élève âgé de 13 ans ou moins n'a pas de compte** MySaskHealthRecord, un compte doit être créé pour cet élève en suivant les directives indiquées à la page du lien ci-dessus.
 - Les parents/tuteurs doivent avoir leur propre compte MySaskHealthRecord pour demander l'accès aux renseignements sur l'état de santé de leur enfant dans MySaskHealthRecord. Les renseignements concernant votre enfant seront directement liés à votre compte.
- **Les élèves de 14 ans et plus doivent créer leur propre compte confidentiel MySaskHealthRecord en cliquant sur le lien ci-dessus.**

Si vous choisissez de ne pas vous inscrire à MySaskHealthRecord, vous pouvez contacter votre bureau de la santé publique local pour demander une copie en format papier ou électronique du dossier d'immunisation de l'élève.

REMARQUE : Des frais peuvent s'appliquer pour ces services.

Posez toute question concernant MySaskHealthRecord à eHealth Saskatchewan en composant le 1-844-767-8259 ou en envoyant un courriel à MySaskHealthRecord@ehealthsask.ca.

Nous vous remercions de votre attention.
