

Formulaire de consentement à l'immunisation des enfants

PHN Check: ___
Date: _____



A. Renseignements personnels :

Nom de famille	Prénom	Âge	Sexe	École	Niveau	Salle de classe
N° Santé Manitoba 9 chiffres (NIMP)		N° Santé Manitoba 6 chiffres (CSSM)		Date de naissance		
				Année	Mois	Jour

Selon le calendrier des immunisations recommandées pour les enfants au Manitoba, il est temps que la personne susnommée reçoive les vaccinations cochées dans la liste ci-dessous :

- | | | | |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> DCaT-VPI-Hib | Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, haemophilus influenzae de type B | <input type="checkbox"/> DCaT | Tétanos, diphtérie, coqueluche |
| <input type="checkbox"/> DCaT-VPI | Tétanos, diphtérie, coqueluche, polio | <input type="checkbox"/> Pneu-C-13 | Antipneumococcique conjugué 13-valent |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus | | <input type="checkbox"/> Pneu-P-23 | Antipneumococcique polysaccharide 23-valent |
| <input type="checkbox"/> RROV | Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle | <input type="checkbox"/> Men-C-C | Méningocoque de sérogroupe C |
| <input type="checkbox"/> RRO | Rougeole, rubéole, oreillons | <input type="checkbox"/> VPH | Virus du papillome humain (2 doses) |
| <input type="checkbox"/> HB | Hépatite B (2 doses) | <input type="checkbox"/> Grippe | Influenza |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : | _____ |

Vous trouverez ci-joint une feuille de renseignements sur les bénéfices et les risques de la vaccination. Veuillez la lire attentivement.

Si vous n'avez pas reçu la feuille de renseignements ou si vous avez des questions, appelez votre bureau de santé local :

Une infirmière de santé publique administrera cette immunisation le (date) _____

B. À remplir par le parent ou le décideur légal :

1. Votre enfant a-t-il des allergies? Non Oui Si oui, lesquelles? _____
2. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à une vaccination? Non Oui Si oui, veuillez décrire : _____
3. Votre enfant a-t-il une maladie l'obligeant à voir le médecin régulièrement? Non Oui Si oui, veuillez décrire : _____
4. Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle? Non Oui En quelle année : _____
5. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la varicelle? Non Oui Si oui, à quelle date : _____
6. Votre fille est-elle enceinte? Non Oui S/O

Cochez seulement une des quatre options :

<input type="checkbox"/> OUI – JE CONSENS à ce que la personne susnommée reçoive la ou les vaccinations identifiées dans la section A. OU <input type="checkbox"/> OUI – JE CONSENS à ce que la personne susnommée reçoive la ou les vaccinations identifiées dans la section A sauf : _____ (Veuillez indiquer la ou les vaccinations que vous ne voulez pas que la personne susnommée reçoive.)	<input type="checkbox"/> NON – JE NE CONSENS PAS à ce que la personne susnommée reçoive la ou les vaccinations identifiées dans la section A. OU <input type="checkbox"/> NON – La personne susnommée a déjà reçu la ou les vaccinations identifiées dans la section A. Immunisation administrée le : année/mois/jour : _____ Par : _____ (nom du médecin/de la clinique/adresse)
---	--

Signature : _____ **Lien :** _____ **Date :** _____
 Parent ou décideur légal année/mois/jour

Numéros de téléphone : (domicile) : _____ (bureau) : _____ (cell.) : _____

Commentaires : _____

Note: Les immunisations sont enregistrées dans le registre des immunisations du Manitoba. Pour obtenir plus d'information ou poser des questions, veuillez consulter votre fournisseur de soins de santé. Tout renseignement enregistré est protégé en vertu des dispositions sur la Protection de la vie privée de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

C. Section to be completed by the immunization provider:

Verbal Consent: The parent or legal decision-maker has been made aware of the benefits and the risks of the vaccine(s) offered to the above person and consents for the child to be immunized on the following date: _____ Provider Signature: _____ Date: _____

Client ID confirmed and vaccine(s) administered:

Vaccine	Number in Series	Manufacturer	Lot #	Site	Route	Dose	Date y/m/d	Provider Signature	Panorama Entered

Supplementary Information

Date	Notes (include immunization refusal)	Signature