

Vér. ISP : _____
Date : _____
Vér. ISP : _____
Date : _____

Formulaire de consentement à l'immunisation – Élèves de 6^e, 7^e et 8^e année

A. Renseignements personnels :

Nom de famille	Prénom	Âge	Sexe	École	Niveau	Classe

Date de naissance (année/mois/jour) ____/____/____

N° d'identification personnel (9 chiffres) _____ N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) _____

Consentement éclairé : Les parents ou tuteurs légaux devraient discuter avec leur enfant de l'information ci-dessous sur les vaccins, et le faire participer à la prise de décision relative au consentement à l'immunisation. Bien qu'un enfant puisse être immunisé avec le consentement d'un parent ou d'un tuteur légal, l'enfant a néanmoins le droit d'être informé sur l'immunisation et *peut donner son consentement à l'immunisation si la personne qui administre le vaccin juge que l'enfant en comprend les risques et bienfaits. Veuillez vous reporter aux lignes directrices du consentement éclairé que vous trouverez sur le site suivant : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/protocol/consentguidelines.pdf

Selon le calendrier de vaccination systématique des enfants du Manitoba, votre enfant est admissible à recevoir les vaccins ci-dessous :

Vaccin contre l'hépatite B (VHB) – 2 doses	6^e année	automne et printemps	*Années sautées : 7^e et 8^e
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH9) – 2 doses	6^e année	automne et printemps	*Années sautées : 7^e et 8^e
Vaccin contre le méningocoque (Men-C-ACYW-135) – 1 dose	6^e année	automne	*Années sautées : 7^e et 8^e
Tétanos, diphtérie, coqueluche (TDCa) ou Tétanos, diphtérie, coqueluche, polio (TDCa-VPI) – 1 dose; *possibilité d'autres doses dues	8^e année	automne et printemps	

B. Antécédents médicaux de l'enfant :

1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave ou menaçant le pronostic vital? Non Oui
Si oui, par quoi était causée la réaction? _____
2. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin? Non Oui
Si oui, veuillez préciser : _____
3. Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé nécessitant des consultations périodiques chez un médecin?..... Non Oui
Si oui, veuillez préciser : _____
4. Votre enfant est-elle enceinte? Non Oui S.O.

Consentement éclairé : J'ai lu et compris les fiches d'information concernant les risques et les bienfaits des vaccins et je consens à ce qu'ils soient administrés à la personne susmentionnée. Certains vaccins nécessitent l'administration de plus d'une dose au cours de l'année; mon consentement s'applique à toutes les doses des vaccins requises pour achever la série pendant l'année. J'ai pu poser des questions sur ces vaccins et recevoir des réponses satisfaisantes.

Cochez Oui **OU** Non pour chacun des vaccins suivants :

Vaccin contre l'hépatite B (VHB)	<input type="checkbox"/> Oui, j'y consens.	<input type="checkbox"/> Non, je n'y consens pas.
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH9)	<input type="checkbox"/> Oui, j'y consens.	<input type="checkbox"/> Non, je n'y consens pas.
Vaccin contre le méningocoque (Men-C-ACYW-135)	<input type="checkbox"/> Oui, j'y consens.	<input type="checkbox"/> Non, je n'y consens pas.
TDCa OU TDCa-VPI <i>*Possibilité d'autres doses dues</i>	<input type="checkbox"/> Oui, j'y consens.	<input type="checkbox"/> Non, je n'y consens pas.

Signature : _____ **Nom en caractères d'imprimerie :** _____ **Date :** ____ / ____ / ____
Parent ou mandataire légal ou enfant susmentionné (mineur mature) année / mois / jour

Lien avec cette personne : _____ N° de tél. : (maison) _____ (travail) _____ (cellulaire) _____

Courriel (facultatif) : _____

Identité raciale, ethnique ou autochtone

Depuis mai 2020, le service de santé publique recueille des renseignements sur l'identité raciale, ethnique ou autochtone. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer la nécessité d'accroître l'accessibilité à la vaccination dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. En gardant cela à l'esprit, lequel des termes suivants correspond le mieux à la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez?

- Africain Noir Chinois Philippin Latino-Américain Autochtone de l'Amérique du Nord – c'est-à-dire membres des Premières Nations, Métis ou Inuits. Si vous avez indiqué être autochtone de l'Amérique du Nord, êtes-vous...
 membre d'une Première Nation Métis Inuit Sans objet
 Originaire de l'Asie du Sud Originaire de l'Asie du Sud-Est Blanc Autre _____ Préfère ne pas répondre

Avis : Toutes les immunisations administrées sont notées dans le registre d'immunisation provincial. Si vous désirez plus d'information ou si vous avez des questions, veuillez consulter votre fournisseur de soins de santé. Tous les renseignements consignés seront protégés conformément aux dispositions de protection de la vie privée de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.



Nom de famille : _____ Prénom _____ N° d'identification personnel (9 chiffres) _____

Niveau : _____ École : _____

C. La section suivante doit être remplie par la personne qui administre l'immunisation : **Consentement verbal :**

Le parent ou le mandataire légal a été mis au courant des bienfaits et des risques associés aux vaccins offerts à la personne susmentionnée et consent à ce que l'enfant soit immunisé. Date : _____ Signature du vaccinateur : _____

Vaccin	Fabricant	N° de lot	Point d'injection	Voie d'administration	Dose	Date a/m/j	Signature du vaccinateur	SGISP saisi

Notes : _____
