

Consentement à l'administration du vaccin Gardasil® contre le virus du papillome humain (VPH)

Le vaccin Gardasil® contre le VPH est administré en 3 doses par l'entremise d'un programme d'immunisation volontaire en milieu scolaire. Veuillez lire la feuille de renseignements ci-jointe sur le VPH. Pour obtenir d'autres renseignements, appelez le 625-5971 ou visitez le TBDHU.COM.

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ÉCOLE DE VOTRE ENFANT.

Nom de famille de l'élève _____ Prénom _____

Date de naissance (AA-MM-JJ) _____ Âge _____ Garçon Fille

École _____ Année d'études _____

Coordonnées du parent ou tuteur (en lettres moulées) :

Nom _____

Téléphone à la maison _____ Téléphone pendant le jour _____

VEUILLEZ COCHER UNE SEULE CASE ET SIGNER CI-DESSOUS.

Oui, veuillez administrer le vaccin contre le VPH à mon enfant.

J'ai lu, ou on m'a expliqué, les renseignements ci-joints au sujet du vaccin, de ses bienfaits, de ses effets secondaires et des risques possibles de l'immunisation. On a répondu à mes questions à ma satisfaction. À moins que je ne l'annule, ce consentement est valide pendant la période requise pour administrer les trois doses du vaccin.

Si votre enfant reçoit une des doses de ce vaccin d'un autre fournisseur de soins de santé, vous devez signaler ces renseignements au Bureau de santé.

Non, je ne consens pas à ce que le vaccin contre le VPH soit administré à mon enfant.

X _____
Signature – parent/tuteur/élève _____ Date _____

Si ce vaccin a déjà été administré, indiquez les dates.

Date – 1^{re} dose _____ Date – 2^e dose _____ Date – 3^e dose _____

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER

Vaccin : Gardasil® 0,5 mL IM

1^{re} dose
Date _____ Heure _____ Deltoïde G D Signature du personnel infirmier _____

2^e dose
Date _____ Heure _____ Deltoïde G D Signature du personnel infirmier _____

3^e dose
Date _____ Heure _____ Deltoïde G D Signature du personnel infirmier _____

IMT-800FR 2011-08-22

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, telle que modifiée, de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990 et de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Ces renseignements serviront à tenir à jour le dossier d'immunisation. Veuillez adresser les questions concernant la collecte des renseignements personnels au Bureau de santé du district de Thunder Bay, 999, rue Balmoral, Thunder Bay (Ontario) P7B 6E7. Téléphone : 807 625-5900.

