

## Consentement à l'administration du vaccin Menactra<sup>®</sup> contre le méningocoque des groupes A, C, Y et W-135

Le vaccin contre le méningocoque est administré en une dose par l'entremise d'un programme d'immunisation volontaire en milieu scolaire. Veuillez lire la feuille de renseignements ci-jointe sur la méningococcie. 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 Menactra<sup>®</sup> contre le méningocoque des groupes A, C, Y et W-135 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 le vaccin.

**Non**, je ne consens pas à ce que le vaccin Menactra<sup>®</sup> contre le méningocoque des groupes A, C, Y et W-135 soit administré à mon enfant.

X \_\_\_\_\_  
Signature – parent/tuteur/élève \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Si un des vaccins indiqués ci-dessous a déjà été administré, indiquez les dates.**

Menomune<sup>®</sup> \_\_\_\_\_  
Menactra<sup>®</sup> \_\_\_\_\_  
Men AC<sup>®</sup> \_\_\_\_\_  
Menjugate<sup>™</sup>/NeisVac-C<sup>™</sup>/Meningitec<sup>™</sup> \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER

Vaccin : Menactra<sup>®</sup> contre le méningocoque des groupes A, C, Y, et W-135 0,5 mL IM

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Deltoïde G D Signature du personnel infirmier \_\_\_\_\_

IMT-140FR 2011-07-19

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.

