Thunder Bay District Health Unit

Consentement à l'administration du vaccin contre l'hépatite B

Le vaccin contre l'hépatite B est administré en 2 doses par l'entremise d'un programme d'immunisation volontaire en milieu scolaire. Veuillez lire la fiche de renseignements ci-jointe sur l'hépatite B et appeler le 625-5971 ou visiter le www.tbdhu.com pour obtenir d'autres renseignements.

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 l'hépatite B 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, le présent consentement est valide pendant la période requise pour administrer les deux 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 l'hépatite B soit administré à mon enfant.

X _____ _____

Signature du parent ou tuteur Date

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

Hépatite B 1re dose _____ 2e dose _____ 3e dose (si administrée) _____

Twinrix® 1re dose _____ 2e dose _____ 3e dose (si administrée) _____

NURSE USE ONLY

Vaccine: Hepatitis B 1.0 mL IM

Dose #1

Date _____ Time _____ Deltoid Lt Rt Nurse Signature _____

Dose #2

Date _____ Time _____ Deltoid Lt Rt Nurse Signature _____

Les renseignements personnels sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, et de la *Loi sur l'immunisation des élèves*, et ce, conformément à la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Ils serviront à tenir à jour le dossier d'immunisation de l'élève visé. Veuillez adresser les questions concernant la collecte des renseignements personnels à l'agent de protection de la vie privée du Bureau de santé du district de Thunder Bay, 999, rue Balmoral, Thunder Bay (Ontario) P7B 6E7.