

Consentement au vaccin contre la grippe saisonnière 2022-2023 (Pour les personnes âgés de 6 mois et plus)

Nom de famille _____ Prénom _____

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

Code postal _____ Numéro de téléphone _____

Veillez cocher oui ou non aux questions suivantes.	Oui	Non
Vous sentez-vous malade aujourd'hui?		
Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un vaccin contre la grippe?		
Avez-vous déjà été atteint/atteinte du syndrome de Guillain-Barré (SGB) ou du syndrome oculorespiratoire (SOR) au cours des 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin antigrippal?		
Avez-vous des allergies?		
(Si âgé de moins de 5 ans) : Avez-vous reçu un vaccin depuis 14 jours?		

J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements ci-dessus au sujet du vaccin, les avantages, les effets secondaires et les risques possible de l'immunisation. On a répondu à toutes mes questions à ma satisfaction.

X _____
Signature _____ **Date** _____

NURSE USE ONLY

Verbal Consent Obtained from: Client Parent/Legal Guardian Name: _____

The client has been explained the information about the vaccine, benefits, side effects and risk of immunization.

Any questions have been answered to their satisfaction.

Afluria Tetra 0.5mL (5 yrs and up) Lot # _____ Exp. _____

Fluzone Quad 0.5 mL IM (6 months +) Lot # _____ Exp. _____

Flud 0.5mL (65 yrs and up) Lot # _____ Exp. _____

FluLaval Tetra 0.5mL IM (6 months +) Lot # _____ Exp. _____

Fluzone High-Dose 0.7 mL IM (65+ yrs) Lot # _____ Exp. _____

Date _____ Time _____ Deltoid Lt Rt Anterolateral Thigh Lt Rt

Nurse Signature _____

Consentement au vaccin antigrippal pour adulte 2022 IMT-600A

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, et conformément à la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990 et à la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé, 2004. Ces renseignements sont utilisés à des fins de dépistage, d'évaluation, de gestion, de traitement et d'établissement de rapports. Pour toute question concernant la collecte de vos renseignements personnels, veuillez contacter le Bureau de santé du district de Thunder Bay, 999 Balmoral Street, Thunder Bay, ON P7B 6E7. Téléphone : (807) 625-5900.

