



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION – 7^e ANNÉE

Thunder Bay District
Health Unit

Programme de prévention des maladies par la vaccination

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE (en caractères d'imprimerie) *Information Requisite

Nom de famille (Légal)*			Prénom (Légal)*	N° de la carte Santé de l'Ontario*	
Préfère nom (Optionnel)			Identifiant Genre (Optionnel)		
Date de naissance *			École*	Classe ou nom de l'enseignant	
Année	Mois	Jour			
Nom du parent ou du tuteur légal*			Lien avec l'élève*	Téléphone à domicile*	Téléphone au travail ou cellulaire*

2. ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE

Si votre enfant a déjà reçu les vaccins suivants, encerclez le nom des vaccins et indiquez leurs dates d'administration

Vaccin contre l'hépatite B <i>Engerix®-B / Recombivax-HB®</i> Dates : _____ a/m/j a/m/j a/m/j	Vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW-135 <i>Menactra®/ Menveo™/ Nimenrix®</i> Date : _____ a/m/j *À noter : Il ne s'agit pas du vaccin Men-C-C administré à 12 mois.
Vaccin conjugué contre l'hépatite A et B <i>Twinrix® Jr. / Twinrix®</i> Dates : _____ a/m/j a/m/j a/m/j	Vaccin contre le virus du papillome humain <i>Gardasil® / Gardasil 9® / Cervarix®</i> Dates : _____ a/m/j a/m/j a/m/j

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE

Si « oui », veuillez expliquer

a) Votre enfant est-il allergique à la levure, à l'alun, au latex, à l'anatoxine diphtérique, ou autre?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
b) Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
c) Votre enfant s'est-il déjà évanoui?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
d) Votre enfant souffre-t-il d'un trouble médical grave?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
e) Votre enfant a-t-il un système immunitaire affaibli ou prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection (p. ex., corticostéroïdes)?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

4. CONSENTEMENT À LA VACCINATION

Indiquez votre consentement en cochant OUI ou NON pour chaque vaccin, et apposez votre signature et la date au bas du formulaire de consentement.

Vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW-135 (Menactra®) J'autorise le Bureau de santé du district de Thunder Bay à administrer une (1) dose du vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW-135 à mon enfant lors de la séance de vaccination qui se tiendra à l'école. *Aux termes de la Loi sur l'immunisation des élèves, chaque élève doit recevoir une dose du vaccin Menactra® afin de pouvoir fréquenter l'école en Ontario, à moins d'avoir présenté un document d'exemption valide au bureau de santé.	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Vaccin contre l'hépatite B (Recombivax-HB®/ Engerix®-B) J'autorise le Bureau de santé du district de Thunder Bay à administrer deux (2) doses du vaccin contre l'hépatite B à mon enfant (à au moins six mois d'intervalle) lors de la séance de vaccination qui se tiendra à l'école.	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
Vaccin contre le virus du papillome humain-9 (VPH) (Gardasil-9®) J'autorise le Bureau de santé du district de Thunder Bay à administrer deux (2) doses du vaccin contre le virus du papillome humain-9 à mon enfant (à au moins six mois d'intervalle) lors de la séance de vaccination qui se tiendra à l'école.	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
J'ai lu les renseignements ci-joints sur la vaccination. Je comprends les avantages prévus ainsi que les risques et les effets secondaires possibles des vaccins. Je comprends les risques possibles pour mon enfant s'il n'est pas vacciné. J'ai eu l'occasion d'obtenir du Bureau de santé du district de Thunder Bay des réponses à mes questions. Ce consentement est valide pour deux ans. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Je comprends que mon enfant pourrait recevoir jusqu'à trois injections le même jour.	
X _____ Signature du parent <input type="checkbox"/> ou du tuteur légal <input type="checkbox"/> Date	

UTILIZER SEULEMENT PAR THUNDER BAY DISTRICT HEALTH UNIT

Meningococcal-C-ACYW-135 Vaccine

Dose: 0.5mL

Date _____

Nurse Initial _____

Hepatitis B Vaccine

Dose # 1

Engerix[®]-B 1.0mL / 0.5mL

Recombivax HB[®] 1.0mL / 0.5mL

Date _____

Nurse Initial _____

Hepatitis B Vaccine

Dose # 2

Engerix[®]-B 1.0mL / 0.5mL

Recombivax HB[®] 1.0mL / 0.5mL

Date _____

Nurse Initial _____

Human Papillomavirus-9 Vaccine (Gardasil 9[®])

Dose # 1: 0.5mL

Date _____

Nurse Initial _____

Human Papillomavirus-9 Vaccine (Gardasil 9[®])

Dose # 2: 0.5mL

Date _____

Nurse Initial _____
