

## Consentement pour le vaccin contre la grippe saisonnière 2023-2024 (Pour les personnes âgées de 6 mois et plus)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance (AA-MM-JJ) \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Veuillez cocher oui ou non aux questions suivantes.	Oui	Non
Vous sentez-vous malade aujourd'hui?		
Avez-vous déjà eu une réaction après avoir reçu un vaccin contre la grippe comme une réaction allergique, syndrome de Guillain-Barré (SGB) ou du syndrome oculo-respiratoire (SOR)?		
Avez-vous des allergies?		

J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements ci-dessus au sujet du vaccin, les avantages, les effets secondaires et les risques possibles 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.

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

Fluad 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 antigrippale pour adulte 2023 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.

