

# Formulaire de consentement à la vaccination des enfants

## A. Renseignements personnels:

Nom	Prénom	Âge	École	Niveau	N° de classe
		Date de naiss. <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>			
N° d'identification personnelle Santé Manitoba de neuf chiffres (NIMP#)	N° d'immatriculation Santé Manitoba de six chiffres (N° CSSM)	année	mois	jour	

**D'après le calendrier de vaccination systématique pour les enfants du Manitoba, la personne susmentionnée doit recevoir les vaccins cochés ci-dessous:**

- |                                       |   |                                    |  |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> DCaT-VPI-Hib | Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, Haemophilus influenzae de type B | <input type="checkbox"/> DCaT      | Diphtérie, coqueluche, tétanos               |
| <input type="checkbox"/> DCaTP-VPI    | Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio                                   | <input type="checkbox"/> Pneu-C-13 | Pneumococcique (conjugué 13-valent)          |
| <input type="checkbox"/> Rotavirus    |   | <input type="checkbox"/> Pneu-P-23 | Pneumococcique (polysaccharidique 23-valent) |
| <input type="checkbox"/> RROV         | Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle                                 | <input type="checkbox"/> Men-C-C   | Méningococcique (conjugué groupe C)          |
| <input type="checkbox"/> RRO          | Rougeole, rubéole, oreillons  | <input type="checkbox"/> VPH       | Virus du papillome humain (2 doses)          |
| <input type="checkbox"/> HB           | Hépatite B (2 doses)  | <input type="checkbox"/> Grippe    | Influenza                                    |
|                                       |   | <input type="checkbox"/> Autre:    | _____  |

Veillez lire attentivement la feuille de renseignements ci-jointe pour obtenir des renseignements relatifs aux avantages des vaccins susmentionnés et aux risques qui leur sont associés. Si vous n'avez pas reçu une feuille de renseignements ou si vous avez des questions, communiquez avec le bureau de la santé publique dans votre région:  
L'infirmier(ère) de la santé publique administrera le(s) vaccin(s) le (date) \_\_\_\_\_

## B. Cette partie doit être remplie par les parents ou les subrogés légaux :

1. Votre enfant a-t-il des allergies? Non  Oui  (Si oui, les décrire.) : \_\_\_\_\_
2. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique à un vaccin? Non  Oui  (Si oui, la décrire.): \_\_\_\_\_
3. Votre enfant a-t-il des conditions physiques exigeant qu'il aille régulièrement chez le médecin? Non  Oui  (Si oui, les décrire.): \_\_\_\_\_
4. Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle ? Non  Oui  (année): \_\_\_\_\_
5. Votre enfant a-t-il déjà été vacciné contre la varicelle? Non  Oui  (Date): \_\_\_\_\_
6. Votre enfant est-elle enceinte? Non  Oui  S/O

### Veillez cocher un des quatre choix suivants:

**OUI – JE CONSENS** à ce que la personne susmentionnée reçoive les vaccins indiqués dans la partie A.

**OU**

**OUI – JE CONSENS** à ce que la personne susmentionnée reçoive les vaccins indiqués dans la partie A **SAUF:** \_\_\_\_\_

(Veillez inscrire les vaccins que vous interdisez pour la personne susmentionnée.)

**NON – JE NE CONSENS PAS** à ce que la personne susmentionnée reçoive les vaccins indiqués dans la partie A.

**OU**

**NON -** La personne susmentionnée a déjà reçu les vaccins indiqués dans la partie A. Les vaccins ont été administrés le :

année/ mois / jour: \_\_\_\_\_

Par: \_\_\_\_\_

(Nom et adresse du médecin ou de la clinique)

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Lien avec l'enfant:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

parent ou le subrogé légal année/ mois /jour

Numéro de téléphone: (domicile): \_\_\_\_\_ (bureau): \_\_\_\_\_ (cellulaire): \_\_\_\_\_

Commentaires: \_\_\_\_\_

### IMPORTANT:

**Une fois le formulaire rempli et signé, veuillez le retourner à l'école ou au personnel infirmier au plus tard le :**

Nota : Il est possible que les renseignements fournis au sujet des vaccins reçus soient inscrits dans le Système manitobain de traitement des données pour le contrôle de l'immunisation afin d'appuyer les soins de santé en permettant au médecin ou au personnel infirmier de votre enfant de savoir quels vaccins votre enfant a reçus ou de quels vaccins il a besoin. Santé et Vie saine Manitoba pourrait également utiliser les renseignements recueillis dans le Système pour créer des dossiers de vaccination ou avertir les parents ou les médecins lorsqu'un enfant n'a pas reçu un vaccin particulier. Santé et Vie saine Manitoba pourrait se servir des renseignements pour faire un suivi de l'efficacité des différents vaccins en matière de prévention de maladies. Tous les renseignements recueillis dans le Système seront protégés conformément aux dispositions de protection de la confidentialité de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

## C. Section à être complétée par la personne qui administre les vaccins:

**Consentement verbal:** Le parent ou le subrogé légal a été informé des avantages et des risques associés aux vaccins offerts à la personne susmentionnée et consent à ce qu'elle reçoive les vaccins à la date suivante: \_\_\_\_\_

Signature de la personne qui administre les vaccins : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### Identification du client confirmé et les vaccins administrés:

Vaccin	No de la série	Fabricant	No de lot	Site	Voie	Dose	Date a/m/j	Signature de la personne qui administre les vaccins	Entré dans le Système	Initials du commis
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	
									<input type="checkbox"/>	

Renseignements supplémentaires

Date	Notes (inclure les refus de vaccins)	Signature