

FICHE D'INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE

# formulaire de consentement pour le programme scolaire de vaccination

- 1 LISEZ** le livret d'information que vous avez reçu sur les vaccins et les maladies.
- 2 DÉTACHEZ** cette fiche.
- 3 REMPLISSEZ** toutes les parties des sections 1 et 2 du formulaire de consentement pour le programme scolaire de vaccination.
  - Dans la **section 1**, assurez-vous d'indiquer si l'élève a des allergies ou a déjà eu une réaction après un vaccin.
  - Dans la **section 2**, assurez-vous d'indiquer les dates si l'élève a déjà reçu les vaccins énumérés. Ces renseignements aideront l'infirmière à déterminer les vaccins à donner à l'élève.
- 4 SIGNEZ ET DATEZ** au bas de la section 2.
- 5 RETOURNEZ** le formulaire de consentement à l'école.

Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, la Santé publique peut communiquer avec vous. Après que l'élève reçoit TOUS les vaccins pour lesquels vous avez donné votre consentement, son carnet de vaccination en ligne sera mis à jour.

**SIGNEZ et RETOURNEZ** le formulaire de consentement même si vous ne souhaitez **PAS** que l'élève soit vacciné.

#### EN CAS DE DOUTE, POSEZ DES QUESTIONS.

Si vous avez des questions sur les vaccins, ou si vous ne comprenez pas quelque chose, communiquez avec le bureau de la Santé publique de votre région. Vous trouverez les coordonnées des bureaux dans le livret d'information qui vous a été fourni, ou en ligne sur [www.nshealth.ca/public-health](http://www.nshealth.ca/public-health) (en anglais seulement).

Veillez retourner le formulaire de consentement à l'école. Après que l'élève reçoit TOUS les vaccins pour lesquels vous avez donné votre consentement, son carnet de vaccination en ligne sera mis à jour. **Veillez remplir au stylo si vous remplissez le formulaire papier.**

## Formulaire de consentement pour le programme scolaire de vaccination

Les vaccins inclus dans ce formulaire sont les suivants : vaccin contre l'hépatite B, vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9), vaccin quadrivalent contre le méningocoque, vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT). Santé Nouvelle-Écosse s'engage à protéger la confidentialité de vos renseignements personnels sur la santé conformément à la loi sur les renseignements personnels sur la santé (*Personal Health Information Act*). La Santé publique recueille des données agrégées sur l'immunisation afin de produire des rapports visant à appuyer la planification et la gestion et à évaluer les taux de protection en Nouvelle-Écosse. Pour plus d'information sur le Programme scolaire de vaccination et les vaccins proposés, veuillez consulter le livret d'information à : [nshealth.ca/patient-education-resources/programme-scolaire-de-vaccination-livret-dinformation](http://nshealth.ca/patient-education-resources/programme-scolaire-de-vaccination-livret-dinformation)

### Remplissez les sections 1 et 2.

#### Section 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ÉLÈVE

Année scolaire : \_\_\_\_\_

Nom complet : \_\_\_\_\_ Nom utilisé : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal :

#### Parent ou tuteur

Nom : \_\_\_\_\_

#### Autre parent/tuteur

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone pendant le jour : \_\_\_\_\_ Téléphone pendant le jour : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille ou de l'infirmière praticienne : \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_ Nom de l'enseignant et numéro de la salle : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte santé :     -    -     Date de naissance :             (si connus)  
Année Mois Jour

L'élève a-t-il des allergies?  Non  Oui

Si OUI, indiquez les allergies : \_\_\_\_\_

L'élève a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin?  Non  Oui

Si OUI, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

#### Section 2 : CONSENTEMENT DU PARENT OU DU TUTEUR

À noter : Un mineur suffisamment mûr peut annuler le consentement de son parent ou tuteur s'il est jugé apte à le faire.

- J'ai lu les renseignements fournis sur les quatre vaccins. Je comprends les bienfaits, les risques et les réactions possibles de chacun des vaccins.
- Le présent consentement est valable pour la période nécessaire à l'administration de toutes les doses de vaccins, sauf si je l'annule par écrit.
- **En remplissant ce formulaire, je confirme que je suis autorisé légalement à prendre des décisions en matière de soins de santé pour l'élève qui y est nommé.**
- **En signant ci-dessous, je consens aux vaccinations suivantes** (veuillez cocher la case « Oui » ou « Non » pour chacun des vaccins) **et à l'administration d'un traitement d'urgence** (p. ex., épinéphrine), **si nécessaire** :

#### Vaccin contre l'hépatite B (2 doses)

OUI, JE CONSENS  NON, JE NE CONSENS PAS

Si l'élève a déjà reçu le vaccin Twinrix, veuillez indiquer les dates : Dose 1 : \_\_\_\_\_ Dose 2 : \_\_\_\_\_ Dose 3 : \_\_\_\_\_

Si l'élève a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B, veuillez indiquer le nom du vaccin : \_\_\_\_\_

et les dates : Dose 1 : \_\_\_\_\_ Dose 2 : \_\_\_\_\_ Dose 3 : \_\_\_\_\_

#### Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9) (1 dose)

OUI, JE CONSENS  NON, JE NE CONSENS PAS

Si l'élève a déjà reçu ce vaccin, veuillez indiquer le nom du vaccin : \_\_\_\_\_

et les dates : Dose 1 : \_\_\_\_\_ Dose 2 : \_\_\_\_\_ Dose 3 : \_\_\_\_\_

#### Vaccin quadrivalent contre le méningocoque (1 dose)

OUI, JE CONSENS  NON, JE NE CONSENS PAS

Si l'élève a déjà reçu ce vaccin, veuillez indiquer le nom du vaccin : \_\_\_\_\_ et la date : \_\_\_\_\_.

#### Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT) (1 dose)

OUI, JE CONSENS  NON, JE NE CONSENS PAS

Si l'élève a déjà reçu ce vaccin, veuillez indiquer le nom du vaccin : \_\_\_\_\_ et la date : \_\_\_\_\_.

#### SIGNATURE REQUISE

Signature : \_\_\_\_\_ Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(parent ou tuteur) (parent ou tuteur)

Si des renseignements supplémentaires sont nécessaires, la Santé publique peut communiquer avec vous.

**SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE OU L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE AUTORISÉE**

**Vaccin contre l'hépatite B**

Marque du vaccin : \_\_\_\_\_

1<sup>re</sup> dose : \_\_\_\_\_ Site : Bras droit  Bras gauche  Voie : IM  N° de lot \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> dose : \_\_\_\_\_ Site : Bras droit  Bras gauche  Voie : IM  N° de lot \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9)**

Marque du vaccin : \_\_\_\_\_

1 dose : \_\_\_\_\_ Site : Bras droit  Bras gauche  Voie : IM  N° de lot \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Vaccin quadrivalent contre le méningocoque**

Marque du vaccin : \_\_\_\_\_

1 dose : \_\_\_\_\_ Site : Bras droit  Bras gauche  Voie : IM  N° de lot \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT)** Marque du vaccin : \_\_\_\_\_

1 dose : \_\_\_\_\_ Site : Bras droit  Bras gauche  Voie : IM  N° de lot \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_