

FEUILLE 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 feuille.
- 3 **REMPLEZ** 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 votre enfant a déjà eu une réaction allergique après avoir reçu un vaccin.
 - Dans la **section 2**, assurez-vous d'indiquer les dates si votre enfant a déjà reçu les vaccins énumérés. Ces renseignements aideront l'infirmière à déterminer quels vaccins sont nécessaires pour votre enfant.
- 4 **SIGNEZ ET DATEZ** au bas de la section 2.
- 5 **RETOURNEZ** le formulaire de consentement à l'école de votre enfant.

Les Services de santé publique pourront communiquer avec vous si des renseignements supplémentaires sont nécessaires. Votre enfant recevra un carnet de vaccination une fois qu'il aura reçu TOUS les vaccins pour lesquels vous avez donné votre consentement.

SIGNEZ et RETOURNEZ le formulaire de consentement même si vous ne souhaitez **PAS** que votre enfant soit vacciné.

EN CAS DOUTE, POSEZ DES QUESTIONS.

Si vous avez la moindre question sur le contenu de ce livret, 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 <http://www.nshealth.ca/les-services-en-francais-la-regie-de-la-sante-de-la-nouvelle-ecosse>.

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). La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse s'engage à protéger la confidentialité de vos renseignements médicaux personnels conformément à la loi sur les renseignements médicaux personnels (*Personal Health Information Act*).

Remplissez les sections 1 et 2.

Section 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ÉLÈVE Année scolaire : _____
Nom complet : _____ Adresse : _____
Nom du parent ou tuteur : _____ Code postal : [][][][][][]
Téléphone du parent pendant le jour : _____ Courriel du parent : _____
Nom du fournisseur de soins de santé : _____
Nom de l'école : _____ Nom de l'enseignant et numéro de la salle : _____
Numéro de la carte santé : [][][][] - [][][][] - [][][] Date de naissance : [][][][] [][][] [][][]
Année Mois Jour
Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique après avoir reçu un vaccin?
 Non Oui Si OUI, veuillez expliquer : _____

Section 2 : CONSENTEMENT DU PARENT OU DU GARDIEN
• J'ai lu les informations fournies 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 signant ci-dessous, je consens aux vaccinations suivantes (veuillez cocher la case « Oui » ou « Non » pour chacun des vaccins) :**

Vaccin contre l'hépatite B (2 doses)
 OUI, JE CONSENS NON, JE NE CONSENS PAS
Si votre enfant a déjà reçu le vaccin Twinrix, veuillez indiquer les dates : Dose 1 : _____ Dose 2 : _____ Dose 3 : _____
Si votre enfant 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) (2 doses)
 OUI, JE CONSENS NON, JE NE CONSENS PAS
Si votre enfant 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 votre enfant a reçu ce vaccin récemment, 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 votre enfant a reçu ce vaccin récemment, veuillez indiquer le nom du vaccin : _____ et la date : _____.

SIGNATURE REQUISE
Signature : _____ Nom en lettres moulées : _____ Date : _____
(parent ou tuteur) (parent ou tuteur)
Les Services de santé publique pourront communiquer avec vous si des renseignements supplémentaires sont nécessaires.

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

Vaccin contre l'hépatite B
1^{re} dose : _____ Site : Bras droit Bras gauche Marque du vaccin : _____
Voie : IM N° de lot _____
Heure : _____ Date : _____ Signature : _____
2^e dose : _____ Site : Bras droit Bras gauche Voie : IM N° de lot _____
Heure : _____ Date : _____ Signature : _____

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH 9)
1^{re} dose : _____ Site : Bras droit Bras gauche Marque du vaccin : _____
Voie : IM N° de lot _____
Heure : _____ Date : _____ Signature : _____
2^e dose : _____ Site : Bras droit Bras gauche Voie : IM N° de lot _____
Heure : _____ Date : _____ Signature : _____

Vaccin quadrivalent contre le méningocoque (une dose)
1 dose : _____ Site : Bras droit Bras gauche Marque du vaccin : _____
Voie : IM N° de lot _____
Heure : _____ Date : _____ Signature : _____

Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche acellulaire (dcaT)
1 dose : _____ Site : Bras droit Bras gauche Marque du vaccin : _____
Voie : IM N° de lot _____
Heure : _____ Date : _____ Signature : _____