

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 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 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 la 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 DE 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 <https://www.nshealth.ca/les-services-en-francais-sante-nouvelle-ecosse>.

Veillez retourner le formulaire de consentement à l'école de votre enfant. Votre enfant recevra un carnet de vaccination une fois qu'il aura reçu TOUS les vaccins pour lesquels vous avez donné votre consentement. **Veillez remplir le formulaire au stylo.**

## 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. Elle les utilise pour produire des rapports visant à appuyer la planification et la gestion et à évaluer les taux de protection en Nouvelle-Écosse.

### 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 TUTEUR**

- 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) et à l'administration d'un traitement d'urgence (p. ex., adrénaline [épinéphrine]), si nécessaire :**

**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** 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<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 quadrivalent contre le méningocoque (une dose)** 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 : \_\_\_\_\_