

Vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135 (Men-C-ACWY)

Formulaire de consentement

Directives :

Veuillez lire les renseignements suivants avant de remplir le formulaire de consentement :

- Lettre « Cher parent, tuteur, tutrices »;
 - Feuille d'information sur le vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135.
2. Si vous voulez que votre enfant reçoive le vaccin à l'école, **remplissez les SECTIONS A, B et E.**
 3. Si votre enfant a déjà reçu le vaccin, **remplissez les SECTIONS A et C.**
 4. Si vous ne voulez pas que le Bureau de santé Porcupine administre le vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135 **remplissez la SECTION D.**

SECTION A			
Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance : <small>(aa-mm-jj)</small>	Sexe : Masc. <input type="checkbox"/> Fém. <input type="checkbox"/>
Adresse du domicile :	Ville :	N° de téléphone à domicile :	
Nom de la mère et n° de téléphone au travail :		Nom du père et n° de téléphone au travail :	
Nom de l'école :			N° de la classe :
N° de carte Santé de l'enfant :		Médecin :	

SECTION B
<p><input type="checkbox"/> Oui, j'accepte que le Bureau de santé administre le vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135 à mon enfant. Je comprends que le vaccin est administré en une dose dans les prochains mois. J'ai lu la feuille d'information sur le vaccin. Je comprends les avantages, les risques et les effets secondaires potentiels pour mon enfant liés au vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps en appelant l'infirmière du Bureau de santé Porcupine assignée à l'école de mon enfant. Si mon enfant a des effets secondaires graves au vaccin, nous consulterons immédiatement un médecin et je téléphonerai au Bureau de santé Porcupine.</p> <p>Date : _____ Signature : _____ <small>(aaaa-mm-jj) (Parent/ Tutrice ou tuteur légal)</small></p>

ou

SECTION C
<p><input type="checkbox"/> <u>MON ENFANT A DÉJÀ REÇU LE VACCIN CONJUGUÉ QUADRIVALENT CONTRE LES MÉNINGOCOQUES A,C,Y,W-135</u></p> <p>Veuillez écrire la date ci-dessous. Une seule dose est nécessaire pour obtenir une protection complète.</p> <p>Date de la dose : _____</p> <p>Date : _____ Signature : _____ <small>(aaaa-mm-jj) (Parent/ Tutrice ou tuteur légal)</small></p>

ou

SECTION D
<p><input type="checkbox"/> NON, je refuse que le Bureau de santé Porcupine administre le vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135 à mon enfant. Je comprends les conséquences possibles s'il ne reçoit pas le vaccin conjugué quadrivalent contre les sérogroupes de méningocoques A,C,Y,W-135.</p> <p style="text-align: center;">_____ (Nom de l'enfant) _____ (Date de naissance)</p> <p>Date : _____ Signature : _____ <small>(aaaa-mm-jj) (Parent/ Tutrice ou tuteur légal)</small></p>

SECTION ERevue par
l'Infirmière
avant
chaque
dose
(cocher)

Antécédents médicaux	Encercler votre réponse		Si « Oui », décrire brièvement	1	2
	Oui	Non			
Votre adolescent(e) a-t-il (elle) eu une réaction à un vaccin par le passé?	Oui	Non			
Votre adolescent(e) est-il (elle) allergique aux composantes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Phosphate de sodium, chlorure de sodium et latex dans le bouchon • Autre : _____ Remarque : Le vaccin ne contient pas d'antibiotiques ou de levures.	Oui	Non			
Votre adolescent(e) a-t-il (elle) des problèmes de santé graves? (crises d'épilepsie, paralysie, antécédents d'évanouissement)	Oui	Non			
Votre adolescent(e) prend-il (elle) des médicaments pouvant affaiblir son système immunitaire, comme un traitement contre le cancer?	Oui	Non			
Votre adolescente est-elle enceinte ou y a-t-il une possibilité qu'elle puisse le devenir au cours des prochains mois?	Oui	Non			

Les renseignements personnels sur la santé apparaissant sur le présent formulaire sont recueillis par le Bureau de santé Porcupine dans le cadre du programme de lutte contre les maladies évitables par la vaccination. Pour obtenir des renseignements sur la façon dont nous protégeons la confidentialité des renseignements personnels sur la santé, appelez-nous ou consultez l'énoncé sur la protection des renseignements personnels du Bureau à www.porcupinehu.on.ca.

FOR NURSE'S USE ONLY

Student's Last Name :		Student's First Name :			Date of Birth (yy-mm-dd)	
Date & Time Vaccine Given (yy-mm-dd)	Trade name of the product	Dosage & Route	Site (Circle)	Manufacturer	Lot #	Nurse's Signature & Title
	Disease against which it protects				Expiry Date (yy/mm)	
Date:	Menactra®	0.5 mL / IM	Left deltoid	Sanofi Pasteur Limited		
Time:	Groups ACYW-135		Right deltoid			

Comments:
