

**CONSENTEMENT À LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE****INSTRUCTIONS POUR LES PARENTS ET TUTEURS**

1. Lisez les renseignements ci-joints sur les vaccins contre l'hépatite B, le VPH-9 et les méningocoques ACYW135.
2. Remplissez **seulement** ce côté du formulaire.
3. Renvoyez le formulaire signé à l'enseignant de votre enfant.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de famille	Prénom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Garçon	Fille	Autre
Date de naissance Année Mois Jour	École			
Nom du parent/tuteur et lien avec l'élève	Tél. (jour)	Tél. (travail ou cell.)		

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE**Si oui, expliquer**

Votre enfant a-t-il des allergies?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Oui	Non	
A-t-il déjà fait une réaction à un vaccin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Oui	Non	
A-t-il des antécédents d'évanouissements ou de convulsions?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Oui	Non	
A-t-il un problème de santé grave ou prend-il des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Oui	Non	

3. ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION

Votre enfant a-t-il déjà reçu les vaccins suivants? Si oui, veuillez remplir le tableau qui suit.

Méningocoques ACYW135 (conjugué)	<input type="radio"/> Menactra®	<input type="radio"/> Menveo®	<input type="radio"/> Nimenrix®	Dose unique : AAAA / MM / JJ
Hépatite B	<input type="radio"/> INFANRIX-hexa®	<input type="radio"/> Engerix®-B	<input type="radio"/> Twinrix®	Dose 1 : AAAA / MM / JJ Dose 2 : AAAA / MM / JJ Dose 3 : AAAA / MM / JJ
	<input type="radio"/> Recombivax-HB®	<input type="radio"/> Twinrix® Jr.		
Virus du papillome humain	<input type="radio"/> Gardasil®	<input type="radio"/> Gardasil®-9	<input type="radio"/> Cervarix®	Dose 1 : AAAA / MM / JJ Dose 2 : AAAA / MM / JJ Dose 3 : AAAA / MM / JJ

4. AUTORISATION DE VACCINER

J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements ci-joints concernant les vaccins contre l'hépatite B, le VPH-9 et les méningocoques ACYW135. Ce consentement demeure valide jusqu'au 31 août 2021. Toutefois, il est entendu que je peux, en tout temps, retirer mon autorisation en communiquant avec le Service de santé publique au 905 546-2424, poste 7556.

Vaccin contre la méningite		
J'autorise le Service de santé publique de Hamilton à administrer à mon enfant une dose du vaccin Men-C- ACYW135. <i>Ce vaccin est obligatoire pour fréquenter l'école.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OUI	NON
Vaccin contre l'hépatite B		
J'autorise le Service de santé publique de Hamilton à administrer à mon enfant deux doses du vaccin contre l'hépatite B à au moins six mois d'intervalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OUI	NON
Vaccin contre le virus du papillome humain		
J'autorise le Service de santé publique de Hamilton à administrer à mon enfant deux doses du vaccin contre le virus du papillome humain à au moins six mois d'intervalle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	OUI	NON

X _____
Signature du parent/tuteur Date

COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Les renseignements personnels sur la santé fournis sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Le Service de santé publique de la Ville de Hamilton s'en servira à des fins permises ou exigées par la loi, p. ex. pour vous offrir des soins et pour planifier, administrer et évaluer ses programmes et ses services. Si vous avez des questions concernant la collecte ou l'utilisation des renseignements ou si vous désirez retirer votre consentement, communiquez avec le Programme de vaccination du Service de santé publique par téléphone au 905 546-2424, poste 7556, ou par la poste au 110, rue King Ouest, 2^e étage, Hamilton (Ontario) L8N 4S6.

Student Last Name

Student First Name

DOB

Men-C-ACYW135**Hepatitis B****HPV-9**

Has the parent given permission?	Dose 1:		Dose 1:		Dose 2:		Dose 1:		Dose 2:	
	<input type="radio"/>									
	Yes	No								

NURSE'S ASSESSMENT (Ensure initials are being used to indicate each answer)

	Dose 1	Dose 2	Notes:
As-tu de la fièvre ou te sens-tu malade aujourd'hui?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Est-ce que ton état de santé a changé récemment?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
As-tu déjà fait une réaction à une dose d'un vaccin?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Filles seulement : Est-ce possible que tu sois enceinte?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Comprends-tu à quoi servent les vaccins? Si non, fournir un enseignement en matière de santé.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
As-tu des questions? Si oui, fournir un enseignement en matière de santé.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

CONSENTEMENT À LA VACCINATION

Élève _____
Round #1 Signature Date

Élève _____
Round #2 Signature Date

Substitute Decision Maker (SDM) (check only if SDM has given permission written or verbally)

Nurse's Rationale Round 1: _____

Nurse's Rationale Round 2: _____

VACCINE INFORMATION

The following vaccines were administered intramuscularly as per the EW&CDC Medical Directives 01-03-01 Meningococcal Conjugate A-C-Y-W-135 Vaccine, 01-03-11 Hepatitis B Vaccine and 01-03-12 Human Papillomavirus Vaccine authorized by Dr. Richardson, Dr. Tran and Dr. Harvey.

Meningococcal Conjugate A-C-Y-W-135 Vaccine						
	Date & Time	Lot #	Vaccine	Site*: Deltoid	Signature	Panorama Entry Date & Initial
1			<input type="radio"/> Menactra® 0.5mL	LS RS LI RI		
Hepatitis B Vaccine						
	Date & Time	Lot #	Vaccine	Site*: Deltoid	Signature	Panorama Entry Date & Initial
1			<input type="radio"/> Engerix®-B 1mL <input type="radio"/> Recombivax HB® 1mL	LS RS LI RI		
2			<input type="radio"/> Engerix®-B 1 mL <input type="radio"/> Recombivax HB® 1mL	LS RS LI RI		
Human Papillomavirus Vaccine						
	Date & Time	Lot #	Vaccine	Site*: Deltoid	Signature	Panorama Entry Date & Initial
1			<input type="radio"/> Gardasil®9 0.5mL	LS RS LI RI		
2			<input type="radio"/> Gardasil®9 0.5mL	LS RS LI RI		

NOTES:

* LS = Left Superior, LI = Left inferior, RS = Right Superior, RI = Right Inferior