

Note: if you require this form in English visit [www.timiskaminghu.com](http://www.timiskaminghu.com) (Home > Your Community > School Health > Immunization for Children at School)

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de Famille Légal			Promon Légal			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						Garçon	Fille	Autre
Date de naissance			École			Classe ou nom de l'enseignant		
Année	Mois	Jour						
Nom du parent ou du tuteur légal (en lettres moulées)			Lien avec l'élève		Tél. (maison) :		Travail ou cell. :	

## 2. VACCINS REÇUS PAR L'ÉLÈVE

Mon enfant a déjà reçu les vaccins suivants : (encercler le nom de marque et fournir les dates d'administration)

<input type="radio"/> Vaccin contre l'hépatite B Engerix®-B / Recombivax-HB®	<input type="radio"/> Vaccin contre la méningococcie ACYW-135 Menactra® / Menveo™ / Nimenrix®
dates : _____ aaaa/mm/jj      aaaa/mm/jj      aaaa/mm/jj	dates : _____ aaaa/mm/jj
<input type="radio"/> Vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B Twinrix® Jr. / Twinrix®	<input type="radio"/> Vaccin contre le virus du papillome humain Gardasil® / Gardasil® 9 / Cervarix®
dates : _____ aaaa/mm/jj      aaaa/mm/jj      aaaa/mm/jj	dates : _____ aaaa/mm/jj      aaaa/mm/jj      aaaa/mm/jj

## 3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE

Si « oui », expliquez

a) Votre enfant a-t-il une allergie à la levure, à l'alun, au latex, à l'anatoxine diphtérique ou à autre chose?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
b) Votre enfant a-t-il déjà réagi à un vaccin?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
c) Votre enfant a-t-il des antécédents d'évanouissement?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
d) Votre enfant a-t-il un problème de santé grave?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
e) Le système immunitaire de votre enfant est-il affaibli ou votre enfant prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection (p. ex. des corticostéroïdes)?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

## 4. CONSENTEMENT À LA VACCINATION

J'ai lu les feuilles de renseignements ci-joints. Je comprends les avantages prévus ainsi que les risques et effets secondaires possibles des vaccins. Je comprends les risques possibles pour mon enfant s'il ne reçoit pas les vaccins. J'ai eu l'occasion d'obtenir de les Services de santé du Timiskaming (SST) des réponses à mes questions. Ce consentement est valide pour deux ans. Il est entendu que je peux retirer mon consentement en tout temps. Il est entendu que mon enfant pourrait recevoir jusqu'à trois injections le même jour.

INDIQUEZ VOTRE CONSENTEMENT EN SÉLECTIONNANT OUI OU NON POUR CHAQUE VACCIN ET SIGNEZ.

<input type="checkbox"/> OUI	J'autorise les Services de santé du Timiskaming à administrer à mon enfant <b>une dose</b> du vaccin contre la <b>méningococcie ACYW-135*</b> .
<input type="checkbox"/> NON	Je n'autorise pas les Services de santé du Timiskaming à administrer à mon enfant le vaccin contre la méningococcie*. * Il faut recevoir ce vaccin pour fréquenter l'école.
<input type="checkbox"/> OUI	J'autorise les Services de santé du Timiskaming à administrer à mon enfant <b>deux doses</b> du vaccin contre le virus du papillome humain ( <b>Gardasil® 9</b> ) à au moins six mois d'intervalle.
<input type="checkbox"/> NON	Je n'autorise pas les Services de santé du Timiskaming à administrer à mon enfant le vaccin contre le virus du papillome humain.
<input type="checkbox"/> OUI	J'autorise les Services de santé du Timiskaming à administrer à mon enfant <b>deux doses</b> du vaccin contre l' <b>hépatite B</b> à au moins six mois d'intervalle.
<input type="checkbox"/> NON	Je n'autorise pas les Services de santé du Timiskaming à administrer à mon enfant le vaccin contre l'hépatite B.

X \_\_\_\_\_  
Signature du parent  ou du tuteur légal  Date

S'il vous plaît retourner le consentement signé à l'école dans les 2 (deux) prochains jours.

**RÉSERVÉ À L'USAGE PAR LES SERVICES DE SANTÉ DU TIMISKAMING** (Liste de vérification pour aider pendant l'évaluation. Utiliser la section de l'administration du vaccin seulement si incapable d'enregistrer dans Panorama)

1. **Utiliser 2 identificateurs** de clients
2. **VPH 2 doses** : Il-y-a-t-il un minimum de 168 jours depuis la première dose ?
3. **Hépatite B 2 doses** : Il-y-a-t-il un minimum de 168 jours depuis la première dose ?
4. Avez-vous reçu l'hépatite B, le VPH ou le vaccin contre le méningocoque d'un autre fournisseur de soins de santé ?
5. Comprenez-vous ce que le(s) vaccin(s) sont pour ?
6. Avez-vous déjà eu une réaction à un vaccin ?
7. As-tu des allergies?
8. Changement au niveau de votre santé?
9. Avez-vous une fièvre aujourd'hui?
10. Pensez-vous que vous pourriez être enceinte ?

### **MENINGOCOCCAL -ACYW-135 VACCINE**

- Menactra® 0.5 mL
- Menveo™ 0.5 mL
- Nimenrix® 0.5 mL

DATE \_\_\_\_\_

LOT # \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Panorama entered by: \_\_\_\_\_

TIME \_\_\_\_\_  
IM DELTOID:           Left           Right

### **HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE (Gardasil®9)**

Dose 1: 0.5 mL

DATE \_\_\_\_\_

TIME \_\_\_\_\_

LOT # \_\_\_\_\_

IM DELTOID:           Left           Right

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Panorama entered by: \_\_\_\_\_

Dose 2: 0.5 mL

DATE \_\_\_\_\_

TIME \_\_\_\_\_

LOT # \_\_\_\_\_

IM DELTOID:           Left           Right

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Panorama entered by: \_\_\_\_\_

### **HEPATITIS B VACCINE**

Dose 1

Engerix®-B 1.0mL / 0.5mL IM

Recombivax HB® 1.0mL / 0.5mL IM

DATE \_\_\_\_\_

TIME \_\_\_\_\_

LOT # \_\_\_\_\_

DELTOID:           Left           Right

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Panorama entered by: \_\_\_\_\_

Dose 2

Engerix®-B 1.0mL / 0.5mL IM

Recombivax HB® 1.0mL / 0.5mL IM

DATE \_\_\_\_\_

TIME \_\_\_\_\_

LOT # \_\_\_\_\_

DELTOID:           Left           Right

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

Panorama entered by: \_\_\_\_\_

### **NOTES**