



Bureau de santé publique du  
comté de Renfrew et du district

# Vaccins contre le méningocoque ACYW-135, l'hépatite B et le virus du papillome humain

## Formulaire de consentement

Partie 1		Information sur l'élève	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	
DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)		SEXÉ <input type="radio"/> Mâle <input type="radio"/> Femelle <input type="radio"/> AUTRE	
CARTE SANTÉ ONTARIO (optionnelle)	ÉCOLE	GROUPE	
NOM DE FAMILLE & PRÉNOM DU PARENT/TUTEUR		LIEN AVEC L'ÉLÈVE	
ADRESSE DOMICILE		VILLE	CODE POSTAL
NUMÉRO TÉLÉPHONE DOMICILE	NUMÉRO TÉLÉPHONE TRAVAIL	NUMÉRO TÉLÉPHONE CELLULAIRE	




Partie 2		Antécédents médicaux de l'élève	
<b>Veillez répondre aux quatre questions en lien avec les antécédents médicaux de l'élève. Si vous répondez «oui», décrivez brièvement.</b>		<b>Si oui, décrire brièvement.</b>	
1. Est-ce que l'élève a une condition médicale sérieuse ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
2. Est-ce que l'élève a déjà réagi à un vaccin ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
3. Est-ce que l'élève a des antécédents de convulsion ou perte de connaissance ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
4. Est-ce que l'élève a des allergies ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

Partie 3		Histoire d'immunisation de l'élève	
Il est possible que votre enfant ne requière pas tous les vaccins contre le méningocoque ACYW-135, hépatite B et/ou virus du papillome humain s'il a déjà reçu l'un de ces vaccins dans le passé. Si c'est le cas, il est important d'en aviser l'infirmière afin qu'elle puisse en tenir compte lors de l'évaluation de l'histoire d'immunisation. <b>Veillez remplir les espaces ci-bas ou joindre une copie du relevé d'immunisation de votre enfant. Si votre enfant n'a jamais reçu l'un de ces vaccins, veuillez passer à la partie 4.</b>			
<b>Méningocoque ACYW-135</b> Ce vaccin est requis pour fréquenter l'école.	<input type="radio"/> Menactra® <input type="radio"/> Nimemrix®	<input type="radio"/> Menveo®	<b>Dose unique:</b> AAAA/MM/JJ
<b>Hépatite B</b>	<input type="radio"/> Engerix® <input type="radio"/> Twinrix®	<input type="radio"/> Recombivax® <input type="radio"/> Twinrix Jr®	<b>Dose 1:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 2:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 3:</b> AAAA/MM/JJ
<b>Virus du papillome humain</b>	<input type="radio"/> Gardasil® <input type="radio"/> Cervarix®		<b>Dose 1:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 2:</b> AAAA/MM/JJ <b>Dose 3:</b> AAAA/MM/JJ

Partie 4		Consentement pour l'immunisation	
J'ai lu les fiches d'information sur les vaccins ci-jointes. Je comprends les bienfaits attendus et les effets secondaires possibles ainsi que les risques pour mon enfant et autrui si non vacciné. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions au Bureau de santé publique du comté de Renfrew et du district et d'avoir des réponses satisfaisantes.			
<b>Veillez cocher «OUI» ou «NON» pour chacun des vaccins suivants :</b>	<b>OUI</b> J'autorise le Bureau de santé publique à immuniser mon enfant.	<b>NON</b> Je n'autorise pas le Bureau de santé publique à immuniser mon enfant.	
<b>Méningocoque ACYW-135</b> Ce vaccin est requis pour tous les élèves pour fréquenter l'école (Loi sur l'immunisation des élèves).	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
<b>Hépatite B</b> Ce vaccin requière une série de deux doses séparées par une période de 4 à 6 mois.	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
<b>Virus du papillome humain</b> Ce vaccin requière une série de deux doses séparées par une période de 6 mois.	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	

La signature du parent/tuteur est recommandée bien qu'il n'y ait pas d'âge minimal pour consentir aux soins de santé en Ontario. **En signant si dessous, je reconnais et déclare que l'information fournie dans ce formulaire de consentement est vraie et exacte.**

NOM EN LETTRES CARRÉES	SIGNATURE	DATE (AAAA/MM/JJ)
------------------------	-----------	-------------------

Pour nous contacter ou pour plus d'information			
	613-735-8653 ou 1-800-267-1097		<a href="http://www.rcdhu.com">www.rcdhu.com</a> Healthy Living Immunization Gr 7 Immunizations
			7 International Dr Pembroke, ON K8A 6W5

Les renseignements fournis ou joints à ce formulaire sont collectés ou seront utilisés par le Bureau de santé publique du comté de Renfrew et du district dans le but de permettre au médecin hygiéniste de maintenir un dossier d'immunisation pour les élèves mentionnés ci-haut ainsi que pour prendre les actions appropriées afin de prévenir la propagation de certaines maladies pouvant être évitées par la vaccination. Ces informations peuvent être remises au ministère ou à d'autres bureaux de santé public dans le but de prévenir les maladies évitables par la vaccination. Pour de plus amples détails au sujet de cette collecte d'information, veuillez prendre contact avec nous au 7 International Drive Pembroke, ON, K8A 6W5.

