

GRIPPE A(H1N1)-VACCINATION

Consentement parental/tuteur pour enfants de moins de 14 ans

SECTION A

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

M F
SEXE

____/____/____
ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE NAISSANCE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

____/____
ANNÉE MOIS
DATE D'EXPIRATION

ADRESSE

CODE POSTAL

NOM DU PÈRE

()

()

TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE – TRAVAIL

NOM DE LA MÈRE

()

()

TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE - TRAVAIL

NOM DU TUTEUR (S'IL Y A LIEU)

()

()

TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE - TRAVAIL

SECTION B

ÉCOLE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT

NOM DE L'ÉCOLE :

SECTION C**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE L'ENFANT**

1. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ou pour se rendre à l'hôpital?
 OUI NON
2. Votre enfant, après l'ingestion d'œufs, a-t-il déjà présenté une allergie assez grave ayant nécessité immédiatement des soins médicaux?
 OUI NON
3. Votre enfant a-t-il des troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier (ex. : baisse de plaquettes, troubles hémorragiques) ou la prise d'anticoagulants (ex. : coumadin, warfarine, warfilone, héparine)?
 OUI NON
4. Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique qui demande un suivi médical régulier (ex. : maladie cardiaque, diabète ou maladie pulmonaire comme l'asthme)?
 OUI NON
5. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament (ex. : chimiothérapie)?
Si votre enfant présente l'une de ses conditions, il est possible qu'une dose supplémentaire de vaccin soit nécessaire. Il faut en discuter avec le médecin traitant de l'enfant.
 OUI NON

SECTION D**CONSENTEMENT OU REFUS (DÉCISIONS) DU PARENT OU DU TUTEUR**

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de votre enfant. Un enfant de 14 ans et plus peut consentir lui-même à recevoir le vaccin. Le consentement à la vaccination de votre enfant implique que cette vaccination sera inscrite dans le registre provincial mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le feuillet d'information qui accompagne ce formulaire. Pour toute information additionnelle sur cette vaccination, nous vous invitons à vous adresser à Info-Santé (8-1-1) ou à consulter le site pandemiequebec.qc.ca.

Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre l'influenza de type A(H1N1). Ce consentement ou ce refus doit être coché par l'enfant de 14 ans et plus.

JE CONSENS à ce que mon enfant soit vacciné contre la grippe A(H1N1)

JE REFUSE que mon enfant soit vacciné contre la grippe A(H1N1).

Mon enfant a déjà été vacciné contre la grippe A(H1N1).

X _____
Signature de la mère, du père ou du tuteur ou de l'enfant de 14 ans et plus
(SVP, utilisez un crayon à l'encre)

_____/_____/_____
ANNÉE MOIS JOUR

Nom en lettres moulées : _____

RÉSERVÉ AU CSSS DE GATINEAU - NE PAS COMPLÉTER

IDENTIFICATION DU CENTRE DE VACCINATION

RSS : | | |

CSSS : | CSSS DE GATINEAU

CENTRE DE VACCINATION : _____

Groupes ciblés : Femme enceinte Malade chronique Travailleur de la santé : salarié en CSSS autre (que salarié en CSSS)

Peut être vacciné Signature de l'infirmière _____

Référé en évaluation/counseling Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ)

VACCINATION

NOM: Arepanrix H1N1 avec adjuvant No. lot Vaccin: _____
 Panvax H1N1 sans adjuvant No. lot Adjuvant : _____
 Vaccin monovalent influenza A(H1N1) 2009 sans adjuvant

DOSE IM : 1^{re} dose 2^e dose QUANTITÉ : 0,25 ml 0,5 ml

SITE D'ADMINISTRATION : BG BD CG CD Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ)

Signature du vaccinateur : _____ Heure : _____ No. Table : | | |

SURVEILLANCE DES MANIFESTATIONS INDÉSIRABLES IMMÉDIATES (PREMIERS SOINS)

Description de la réaction : _____ Heure de début de la réaction : _____

Conduite/conseils : _____

Signature de l'intervenant : _____ Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ)

Heure : _____

COMMENTAIRES

Signature de l'intervenant : _____ Date : 2009 – – (AAAA-MM-JJ)

Heure : _____

PREUVE DE VACCINATION PANDÉMIE GRIPPE A(H1N1)

VACCINATION GRIPPE A(H1N1) NOM ET DDN À COMPLÉTER PAR LE PARENT

Nom :

Date de naissance :

Ne pas compléter	Dose	Qté administrée	NOM DU VACCIN	Date	Initiales
	1 ^{ère} dose	<input type="checkbox"/> 0,25 mL	<input type="checkbox"/> Arepanrix H1N1 avec adjuvant	2009 – –	
		<input type="checkbox"/> 0,50 mL	<input type="checkbox"/> Parvax H1N1 sans adjuvant		
			<input type="checkbox"/> Vaccin monovalent H1N1 sans adjuvant		
2 ^{ème} dose	<input type="checkbox"/> 0,25 mL	<input type="checkbox"/> Arepanrix H1N1 avec adjuvant	2009 – –		
	<input type="checkbox"/> 0,50 mL	<input type="checkbox"/> Parvax H1N1 sans adjuvant			
		<input type="checkbox"/> Vaccin monovalent H1N1 sans adjuvant			