



DT9243

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE EN MILIEU SCOLAIRE

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

- Remplissez toutes les sections du formulaire y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
- Signez le formulaire.
- Détachez le formulaire du dépliant et retournez-le sans délai à l'école, que vous acceptiez ou non la vaccination.

Renseignements relatifs à la personne à vacciner

(À remplir par le parent ou le tuteur d'un enfant de moins de 14 ans OU par la personne âgée de 14 ans ou plus)

Identification complémentaire

Nom de l'école :

Groupe :

Votre statut :

- Parent 1
 Parent 2
 Tuteur
 Personne âgée de 14 ans ou plus

Nom du parent 1 :

Nom du parent 2 :

Nom du tuteur (s'il y a lieu) :

Ind. rég. N° de téléphone où l'on peut vous joindre :

Informations sur la vaccination de la personne

Personne née avant 1970

Toute personne née avant 1970 est considérée comme protégée contre la rougeole et NE DOIT PAS remplir les prochaines sections du formulaire.

Personne née depuis 1970

Les personnes nées depuis 1970 doivent vérifier si elles sont adéquatement vaccinées ET en fournir la preuve¹. Dans le cas contraire, elles doivent remplir les autres sections de ce formulaire.

Vérifiez, tout d'abord, laquelle des situations suivantes s'applique à votre cas :

1. La personne est née entre 1970 et 1979, a reçu 1 dose de vaccin contre la rougeole le jour de son 1^{er} anniversaire ou après ET peut en fournir la preuve¹.

- Oui
 Non
 Ne sait pas ou ne peut pas interpréter le carnet

OU

2. La personne est née en 1980 ou après et a reçu 2 doses de vaccin, dont la première le jour de son 1^{er} anniversaire ou après ET peut en fournir la preuve¹.

- Oui
 Non
 Ne sait pas ou ne peut pas interpréter le carnet

OU

3. La personne a déjà eu la rougeole ET peut en fournir la preuve¹.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

Si vous avez répondu OUI à l'une des situations précédentes, la personne est considérée comme protégée et :

Vous n'avez pas à remplir les sections suivantes du formulaire mais vous devez signer le formulaire et joindre une preuve¹.

Si vous avez répondu NON ou NE SAIS PAS, la personne est considérée comme non protégée contre la rougeole et :

Vous devez remplir et signer les sections suivantes du formulaire.

1 PREUVE DE VACCINATION VALIDE

- le carnet de vaccination de la personne ou une photocopie du carnet;
OU
- une attestation d'un médecin ou d'une infirmière portant le nom des vaccins et les dates précises (jour, mois et année) de vaccination;
OU
- une attestation d'un médecin qui certifie que la personne a eu la rougeole et qui en précise la date ou à laquelle est jointe une copie du résultat de laboratoire.

Consentement (décision)

La vaccination est proposée aux personnes qui ne sont pas considérées comme protégées contre la rougeole.

Si vous ne pouvez pas fournir de preuve de vaccination ou de rougeole antérieure comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre la décision relative à la vaccination de votre enfant.

Si vous avez 14 ans ou plus, vous pouvez consentir vous-même à recevoir des soins de santé, y compris la vaccination.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans ce dépliant.

Après avoir lu les renseignements sur le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO), vous pouvez consentir ou refuser la vaccination en cochant la case appropriée. Vous devez ensuite apposer votre signature attestant que vous consentez ou que vous refusez.

Si vous consentez à la vaccination, vous devez remplir la section *Antécédents médicaux de la personne à vacciner*.

Consentement ou refus à la vaccination

- JE CONSENS à la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons
- JE REFUSE la vaccination contre la rougeole et je comprends qu'en présence d'un cas de rougeole à l'école et afin de protéger la santé des enfants ainsi que la santé des membres de son entourage, une personne non vaccinée se verrait retirée de l'école jusqu'à la fin de l'éclosion.

Signature du parent, du tuteur ou de la personne de 14 ans ou plus

Date (année mois jour)

Antécédents médicaux de la personne à vacciner

(À compléter seulement si vous consentez à la vaccination)

1. Réaction allergique grave à la suite d'un vaccin, qui a nécessité des soins médicaux d'urgence :

Oui Non Si oui, préciser le vaccin : _____

2. Histoire d'allergie à un antibiotique appelé néomycine :

Oui Non Ne sait pas

3. Problème du système immunitaire en raison d'une maladie (leucémie, par exemple) ou d'un médicament pris actuellement (chimiothérapie, par exemple) :

Oui Non Si oui, préciser : _____

4. Injection d'immunoglobuline au cours des onze derniers mois :

Oui Non

5. Présentement enceinte :

Oui Non Ne sait pas Ne s'applique pas

Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, une infirmière communiquera avec vous pour évaluer si le vaccin peut être administré à la personne à vacciner.

À L'USAGE DU CLSC <i>Réservé à l'administration</i>		Nom de l'utilisateur :	
		N° de dossier :	
		N° ID SI-PMI :	
Renseignements relatifs au centre de vaccination			
Nom du CLSC :		Adresse du CLSC :	
Nom de l'école :		Groupe ciblé : <input type="checkbox"/> Élèves <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
Pour les élèves, cocher le niveau scolaire : <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____			
Validation du formulaire			
Nombre de doses de vaccin à administrer : <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> aucune dose			
Si aucune dose : <input type="checkbox"/> Preuve de vaccination adéquate <input type="checkbox"/> Attestation maladie <input type="checkbox"/> Test diagnostic positif <input type="checkbox"/> Refus de la vaccination <input type="checkbox"/> Contre-indication			
Signature de l'infirmière :		N° de permis :	Date : Année Mois Jour
Informations relatives à la vaccination			
Première dose			
Contre-indication de la vaccination (précisez) :			
Nom du CLSC :		Adresse du CLSC :	
Lieu de vaccination :			
Nom du vaccin	Numéro de lot	Dose	Site de l'injection
Priorix		Contenu du format unidose SC	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
Autre, précisez : _____		Contenu du format unidose SC	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
Date de la vaccination: Année Mois Jour	Heure de la vaccination : heures minutes	Remarques :	
Signature de l'infirmière :		N° de permis :	
Si une 2 ^e personne a administré les vaccins, signature de l'infirmière ou de l'infirmière auxiliaire:		N° de permis :	
Deuxième dose (s'il y a lieu)			
Contre-indication de la vaccination (précisez) :			
Nom du CLSC :		Adresse du CLSC :	
Lieu de vaccination :			
Nom du vaccin	Numéro de lot	Dose	Site de l'injection
Priorix		Contenu du format unidose SC	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
Autre, précisez : _____		Contenu du format unidose SC	<input type="checkbox"/> Bras gauche <input type="checkbox"/> Bras droit
Date de la vaccination: Année Mois Jour	Heure de la vaccination : heures minutes	Remarques :	
Signature de l'infirmière :		N° de permis :	
Si une 2 ^e personne a administré les vaccins, signature de l'infirmière ou de l'infirmière auxiliaire:		N° de permis :	