

Formule de consentement pour l'hépatite B

J'ai reçu et révisé le contenu de l'information sur le vaccin contre l'hépatite B que m'a fait parvenir le Service de santé publique de Toronto. Je comprends les bienfaits escomptés, les risques physiques et les effets secondaires associés à ce vaccin et les conséquences possibles si mon enfant ne se fait pas vacciner contre l'hépatite B. J'ai indiqué ci-dessous si mon enfant a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B par le passé et je m'engage à aviser le Service de santé publique de Toronto si mon enfant reçoit le vaccin contre l'hépatite B d'une autre source. Je comprends que si je donne mon consentement, le Service de santé publique de Toronto fera les efforts nécessaires pour continuer ou compléter la série de vaccins contre l'hépatite B de mon enfant, grâce à la ou les dose(s) appropriée(s) de vaccin. Selon les circonstances, une ou deux doses seront peut-être requises pour compléter la série. On m'a également informé de l'importance de prévenir immédiatement un médecin si mon enfant a une réaction indésirable au vaccin. Si j'ai besoin de plus amples renseignements sur ce ou ces vaccins, je peux appeler la **Ligne d'information sur l'immunisation du Service de santé publique de Toronto, au 416 392-1250.**

Nom de l'élève: (famille) _____ (prénom) _____

Date de naissance: (année) _____ (mois) _____ (jour) _____ Sexe: M ou F

No de carte d'assurance-santé (si disponible): _____

École: _____ Salle: _____

Écrivez lisiblement en lettres moulées et remplissez la ou les parties applicables.

Partie A

OUI, je consens à ce que le Service de santé publique de Toronto administre les doses nécessaires du vaccin de l'hépatite B à mon enfant _____ pour compléter sa série de vaccination contre l'hépatite B. Je comprends qu'il faut un minimum de deux (2) doses pour que mon enfant soit protégé. Je comprends que le Service de santé publique de Toronto s'engage à administrer les doses nécessaires pour compléter la série de vaccins contre l'hépatite B de mon enfant, dans les prochains 24 mois.

Date: _____ Signature: _____
aaaa/mm/jj (mère / père / tuteur légal)

No de téléphone durant la journée (_____) _____

Partie B

Mon enfant a **déjà été vacciné** contre l'hépatite B. Le vaccin contre l'hépatite B est différent du vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* de type b (ou Hib) qu'on administre aux nourrissons.

Date de la première dose _____

Date de la deuxième dose _____

Date de la troisième dose (si administrée) _____

Date de toute dose supplémentaire _____

Partie C

NON, je ne consens pas à ce que la Santé publique de Toronto administre le vaccin contre l'hépatite B à mon enfant _____.

Date: _____ Signature: _____

FOR NURSE'S USE ONLY

NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	o yes o no	Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Initials _____
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	o yes o no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		o yes o no o yes o no
4. Do you understand what the needle is for?	o yes o no	o yes o no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	o yes o no o yes o no o yes o no _____	o yes o no o yes o no o yes o no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
7. Do you have any serious health problems? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	o yes o no o yes o no Comments:	o yes o no o yes o no Comments:
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u>IM</u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u>IM</u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[] Self Loaded [] Loaded by: _____	[] Self Loaded [] Loaded by: _____