

Formulaire de consentement pour le vaccin contre le méningocoque: MENACTRA®

Nom de l'élève : (famille) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_

Date de naissance : (Année) \_\_\_\_\_ (Mois) \_\_\_\_\_ (Jour) \_\_\_\_\_ Sexe:  Masculin  Féminin

Numéro de carte santé de l'Ontario (si disponible) : \_\_\_\_\_

Nom de l'école : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

**Parents :**

- a) Veuillez remplir soit la section **OUI** ou **NON**.
- b) Inscrivez si votre enfant a déjà reçu un vaccin contre le méningocoque "méningite".

**OUI**, je consens à ce que le Service de santé publique de Toronto administre une dose du vaccin MENACTRA® à mon enfant \_\_\_\_\_ . J'ai lu la feuille d'information de la Santé publique de Toronto sur MENACTRA®. Je comprends les avantages, risques et effets secondaires possibles pour mon enfant avec le vaccin MENACTRA®. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Si mon enfant a une réaction indésirable au vaccin, je l'amènerai immédiatement chez le médecin et en avisera la Santé publique de Toronto. Il faut uniquement une dose de ce vaccin pour protéger mon enfant à l'heure actuelle.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone le jour \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj (Mère / Père / Tuteur légal)

**OU** .....

**MON ENFANT A DÉJÀ REÇU LE OU LES VACCIN(S) contre la méningite à méningocoque :**

Menomune® \_\_\_\_\_ (date de vaccin administré)

Men AC® \_\_\_\_\_ (date de vaccin administré)

**MENACTRA®** \_\_\_\_\_ (date de vaccin administré)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® \_\_\_\_\_ (date de vaccin administré)

**OU** .....

**NON**, je ne consens pas à ce que la Santé publique de Toronto administre le vaccin **MENACTRA®** à mon enfant \_\_\_\_\_. Je comprends les conséquences possibles si mon enfant ne se fait pas vacciner.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/jj (Mère / Père / Tuteur légal)

**Appelez la ligne d'information sur l'immunisation au 416-392-1250:**

- Si votre enfant reçoit le vaccin contre le méningocoque à l'avenir par le truchement d'un autre professionnel de la santé
- Si vous avez besoins de plus d'information au sujet de ce vaccin.

**FOR NURSE'S USE ONLY**

MENACTRA<sup>®</sup> vaccine required :  yes  no

**Nursing Assessment Questions**

1. Have you received needles for MENACTRA <sup>®</sup> immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ Other	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS)  (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
6. Are you sick today with anything more than a cold?  Do you have a fever?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting?  Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  Comments:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no

<p><b><u>Nursing Notes:</u></b></p>	<p><b><u>Vaccine:</u></b> MENACTRA<sup>®</sup>                      Dose:<b>0.5 ml</b></p>
	<p>Lot # _____</p>
	<p>R / L deltoid                                              Route: <u>  IM  </u></p>
	<p>Date: _____                                              Time: _____</p>
	<p align="center">_____ Signature of Nurse</p>