

Étape 1. Renseignements sur votre enfant

Nom de famille			Prénom	N° de carte Santé	Sexe
Date de naissance	École			Classe ou nom de l'enseignant	
Année	Mois	Jour	N° de tél. du parent ou du tuteur légal (jour)		N° de tél. du parent ou du tuteur légal (autre)
Nom du parent ou du tuteur légal (en lettres moulées)					

Étape 2. Antécédents de vaccination de votre enfant

Si votre enfant a déjà reçu l'un ou l'autre des vaccins suivants, encerclez le nom du vaccin et indiquez la date à laquelle il a été administré.	Date d'administration du vaccin		
	1 ^{re} dose	2 ^e dose	3 ^e dose
1. Vaccin contre les méningocoques ACYW – (obtenu pour des fins particulières, par ex. pour un voyage) Menactra® Menveo™ Nimenrix®	aaaa/mm/jj		
2. Vaccin contre le virus du papillome humain – (série de 2 ou 3 doses) Gardasil® Gardasil-9® Cervarix®	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
3. Vaccin (ou vaccin combiné) contre l'hépatite B (série de 2, 3 ou 4 doses) Engerix®-B Recombivax-HB® Twinrix® Jr. Twinrix® INFANRIX-hexa®	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj

Étape 3. Précisions sur la santé de votre enfant

Si « oui », expliquer

a) Votre enfant a-t-il une allergie à la levure, à l'alun, au latex, à l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique ou à autre chose?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
b) Votre enfant a-t-il déjà réagi à un vaccin?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
c) Votre enfant a-t-il des antécédents d'évanouissement?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
d) Votre enfant a-t-il un problème de santé grave?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
e) Le système immunitaire de votre enfant est-il affaibli ou votre enfant prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Étape 4. Consentement à la vaccination

J'ai lu les renseignements ci-joints. Je comprends les avantages prévus ainsi que les risques et effets secondaires possibles des vaccins. Je comprends les risques possibles pour mon enfant s'il ne reçoit pas les vaccins. J'ai eu l'occasion d'obtenir du Bureau de santé publique de Toronto des réponses à mes questions. Ce consentement est valide pour deux ans. Il est entendu que je peux retirer mon consentement en tout temps. Mon enfant pourrait recevoir jusqu'à trois injections le même jour.

OUI, j'autorise le Bureau de santé publique de Toronto à administrer les vaccins suivants à mon enfant.

Cochez chacun des vaccins que vous permettez à votre enfant de recevoir :

À noter : Le Bureau de santé publique de Toronto examinera les antécédents de vaccination de votre enfant (Étape 2) et ne lui administrera que les vaccins dont il a besoin.

Vaccin contre les méningocoques (1 dose) Vaccin contre le virus du papillome humain (2 ou 3 doses) Vaccin contre l'hépatite B (2 ou 3 doses)

NON, je n'autorise pas le Bureau de santé publique de Toronto à administrer les vaccins suivants à mon enfant.

Cochez chacun des vaccins que vous ne permettez pas à votre enfant de recevoir :

Vaccin contre les méningocoques Vaccin contre le virus du papillome humain Vaccin contre l'hépatite B

Étape 5. Signature du parent ou du tuteur légal

SIGNER ICI X _____ Parent Tuteur légal _____
Signature du parent ou du tuteur légal Lien avec l'élève Date

Les renseignements personnels fournis sur ce formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Ils servent à gérer le Programme de prévention des maladies par la vaccination du Bureau de santé publique de Toronto, y compris la tenue des dossiers d'immunisation des élèves. Pour en savoir plus long, lisez notre énoncé sur la protection de la vie privée au tph.to/personalhealthinfo ou communiquez avec la gestionnaire du Programme de prévention des maladies par la vaccination au 416 392-1250.

TORONTO PUBLIC HEALTH USE ONLY

Nurse To Complete		Dose 1	Dose 2
1.	Has the parent consented to the meningococcal vaccine?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Not Applicable
2.	Has the parent consented to the human papillomavirus vaccine?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
3.	Has the parent consented to the hepatitis B vaccine?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
4.	For HPV or Hep B, there is at least 168 days since the first dose.	Not Applicable	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
5.	Ensure the student understands why they are receiving the vaccine(s).	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
6.	Has the student received hepatitis B, HPV or meningococcal vaccine from another health care provider?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
7.	Has the student ever had a reaction to a vaccine?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
8.	Does the student have an allergy to yeast, alum, latex, diphtheria or tetanus toxoid protein?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
9.	Does the student have a serious medical condition?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
10.	Does the student have a fever today?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
11.	Is the female student pregnant?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

MENINGOCOCCAL-ACYW-135 VACCINE

0.5 mL dose Intramuscular

One Dose Only: Menactra® Menveo™ Nimenrix®

Vaccine loaded by: Self
 Other: _____

SIGNATURE: _____

Date _____

Time _____

Lot # _____

IM Deltoid: Left Right

Panorama entered by: _____

HUMAN PAPILLOMAVIRUS VACCINE

Gardasil®9 0.5mL dose Intramuscular

Dose 1
vaccine loaded by: Self Other: _____

Date _____ Time _____

Lot # _____ IM Deltoid Left Right

SIGNATURE: _____

Panorama entered by: _____

Dose 2
vaccine loaded by: Self Other: _____

Date _____ Time _____

Lot # _____ IM Deltoid Left Right

SIGNATURE: _____

Panorama entered by: _____

HEPATITIS B VACCINE

0.5mL to 1.0mL dose Intramuscular

Dose 1 (Circle the dose given)
 Engerix®-B 1.0mL / 0.5mL
 Recombivax HB® 1.0mL / 0.5mL
Vaccine loaded by: Self Other: _____

Date _____ Time _____

Lot # _____ IM Deltoid Left Right

SIGNATURE: _____

Panorama entered by: _____

Dose 2 (Circle the dose given)
 Engerix®-B 1.0mL / 0.5mL
 Recombivax HB® 1.0mL / 0.5mL
Vaccine loaded by: Self Other: _____

Date _____ Time _____

Lot # _____ IM Deltoid Left Right

SIGNATURE: _____

Panorama entered by: _____

NOTES