

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 2020-2021 - VACCIN CONTRE LA GRIPPE

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT

Nom			Prénom		
Date de naissance	Année	Mois	Jour	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Autre : _____	
Adresse				Code postal	
Nom du parent ou du tuteur légal (dans le cas d'un enfant)			Lien avec l'enfant		Cellulaire / Téléphone à la maison

2. ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

a) Est-ce que vous (ou votre enfant) avez été malade ou eu de la fièvre récemment?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
b) Est-ce que vous (ou votre enfant) avez déjà eu une grave réaction allergique à un vaccin?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
c) Est-ce que vous (ou votre enfant) avez des allergies (y compris au thimérosal)?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
d) Est-ce que vous (ou votre enfant) avez déjà eu le syndrome de <i>Guillain-Barré</i> ou le <i>syndrome oculorespiratoire (SOR)</i> ?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
e) Est-ce que vous (ou votre enfant) avez des antécédents de troubles neurologiques, de saignement ou d'évanouissement?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

3. CONSENTEMENT À LA VACCINATION. Les clients de 14 ans ou plus peuvent signer leur propre consentement.

J'ai lu la feuille de renseignements ci-jointe sur le vaccin contre la grippe. Je comprends les avantages prévus et les risques et effets secondaires possibles de ce vaccin. Je comprends les risques possibles si je ne reçois pas le vaccin ou si mon enfant ne reçoit pas le vaccin. J'ai eu l'occasion d'obtenir du Bureau de santé publique de Toronto des réponses à mes questions.

J'autorise le Bureau de santé publique de Toronto de m'administrer le vaccin contre la grippe ou de l'administrer à mon enfant.

X _____
 Signature du client Parent/Tuteur légal Date _____

4. NURSE TO COMPLETE

Influenza Vaccine IM Injection		Vaccine dose is 0.5mL for all ages.	
Prefer deltoid site for children, teens and adults. Use anterolateral thigh for infants.			
Vaccine type: <input type="radio"/> FluLaval Tetra® <input type="radio"/> Fluzone® QIV <input type="radio"/> Flucelvax® Quad (≥9) <input type="radio"/> Fluzone® High-Dose			
Quadrivalent Inactivated Influenza Vaccine		High-Dose Trivalent Vaccine (only for adults 65+)	
deltoid <input type="radio"/> left <input type="radio"/> right		deltoid <input type="radio"/> left <input type="radio"/> right	
Lot #	expiry date:	Lot #	expiry date:
nurse signature:		nurse signature:	
date & time:		date & time:	

Notes:

Les renseignements personnels fournis sur ce formulaire sont recueillis en vertu 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. Pour en savoir plus long, lisez notre énoncé sur la protection de la vie privée au www.toronto.ca/privacy ou communiquez avec le gestionnaire du Programme de prévention des maladies par la vaccination au 416 392-1250.

Septembre 2020