

Étape 1. Renseignements sur l'élève

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

Étape 2. Antécédents de vaccination de l'élève

Si l'élève 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 l'élève

Si « oui », expliquer

a) L'élève 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) L'élève a-t-il déjà réagi à un vaccin?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
c) L'élève a-t-il des antécédents d'évanouissement?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
d) L'élève a-t-il un problème de santé grave?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
e) Le système immunitaire de l'élève est-il affaibli ou l'élève 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 aussi les risques possibles liés au fait de ne pas être vacciné. 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. Je comprends qu'on pourrait administrer jusqu'à trois injections le même jour.

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

Cochez chacun des vaccins que vous permettez à l'élève de recevoir :

À noter : Le Bureau de santé publique de Toronto examinera les antécédents de vaccination de l'élève (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 l'élève.

Cochez chacun des vaccins que vous ne permettez pas à l'élève de recevoir :

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

X _____

Signature du parent/du tuteur légal/de l'élève de plus de 14 ans

Parent 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, lisez notre énoncé sur la protection de la vie privée au tph.to/personalhealthinfo ou appelez au 416 338-7600.