

**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 <sup>re</sup> dose	2 <sup>e</sup> dose	3 <sup>e</sup> 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 », expliquez

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?	Oui	Non	
b) L'élève a-t-il déjà réagi à un vaccin?	Oui	Non	
c) L'élève a-t-il des antécédents d'évanouissement?	Oui	Non	
d) L'élève a-t-il un problème de santé grave?	Oui	Non	
e) Le système immunitaire de l'élève est-il affaibli ou l'élève prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection?	Oui	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

**TORONTO PUBLIC HEALTH USE ONLY**

NURSE TO COMPLETE	DOSE 1	DOSE 2
1. Has the student/parent consented to the meningococcal vaccine?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	Not Applicable
2. Has the student/parent consented to the human papillomavirus	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO
3. Has the student/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 student pregnant?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO

<b>MENINGOCOCCAL-ACYW-135 VACCINE</b> <b>0.5 mL dose</b>	<b>Intramuscular</b>
One Dose Only: <input type="radio"/> Nimenrix® <input type="radio"/> Menveo™ <input type="radio"/> Menactra®	<b>DATE</b> _____
Vaccine loaded by <input type="radio"/> Self	<b>TIME</b> _____
<input type="radio"/> Other: _____	<b>LOT #</b> _____
<b>SIGNATURE:</b> _____	<b>IM DELTOID</b> Left     Right
<b>Panorama entered by:</b> _____	

<b>HUMAN PAPILOMAVIRUS VACCINE</b> <b>Gardasil®9 0.5 mL dose</b>	<b>Intramuscular</b>
<b>Dose 1</b>	<b>Dose 2</b>
Vaccine loaded by: <input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Other: _____	Vaccine loaded by: <input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Other: _____
<b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____	<b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____
<b>LOT #</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left     Right	<b>LOT #</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left     Right
<b>SIGNATURE:</b> _____	<b>SIGNATURE:</b> _____
<b>Panorama entered by:</b> _____	<b>Panorama entered by:</b> _____

<b>HEPATITIS B VACCINE</b> <b>0.5mL or 1.0mL dose</b>	<b>Intramuscular</b>
<b>Dose 1</b>	<b>Dose 2</b>
<input type="radio"/> Enderix®-B 0.5mL <input type="radio"/> Enderix®-B 1.0mL	<input type="radio"/> Enderix®-B 0.5mL <input type="radio"/> Enderix®-B 1.0mL
<input type="radio"/> RecombivaxHB® 0.5mL <input type="radio"/> RecombivaxHB® 1.0mL	<input type="radio"/> RecombivaxHB® 0.5mL <input type="radio"/> RecombivaxHB® 1.0mL
Vaccine loaded by <input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Other: _____	Vaccine loaded by <input type="radio"/> Self <input type="radio"/> Other: _____
<b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____	<b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____
<b>LOT #</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left     Right	<b>LOT #</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left     Right
<b>SIGNATURE:</b> _____	<b>SIGNATURE:</b> _____
<b>Panorama entered by</b> _____	<b>Panorama entered by</b> _____

**NOTES**

---



---



---