

Étape 1. Informations sur l'élève

Nom de famille		Prénom		n° carte Santé	Sexe
Date de naissance An	Mois	Jour	École		Nom de la classe ou de l'enseignant(e)
Nom du parent, tuteur ou tutrice légal(e) (en lettres moulées SVP)				Téléphone du parent, tuteur ou tutrice légal(e)	

Étape 2. Antécédents de vaccination de l'élève

Si l'élève a déjà reçu le(s) vaccin(s) suivant(s), veuillez encercler le nom commercial et indiquer la date à laquelle le vaccin a été administré	Date d'administration du vaccin		
	DOSE 1	DOSE 2	DOSE 3
1. Vaccin contre le méningocoque-ACYW (achat spécial, par exemple pour un voyage) Menactra® Menveo ^{MC} Nimenrix®	_____		
_____	_____	_____	
2. Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) (série de 2 ou 3 doses) Gardasil® Gardasil-9® Cervarix®	_____	_____	_____
_____	_____	_____	
3. Vaccin contre l'hépatite B (ou combinaison) (série de 2, 3 ou 4 doses) Engerix®-B Recombivax-HB® Twinrix® Jr Twinrix® INFANRIX-hexa®	_____	_____	_____
_____	_____	_____	

Étape 3. Antécédents médicaux

Si « oui », expliquez

a) L'élève est-il allergique à la levure, l'alun, le latex, la protéine d'anatoxine diphtérique, tétanique ou autres allergies?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
b) L'élève a-t-il déjà eu une réaction 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 une condition médicale grave?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
e) L'élève a-t-il un système immunitaire affaibli ou prend-il un médicament qui affaiblit le système immunitaire ou augmente le risque d'infection?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

Étape 4. Consentement à la vaccination

J'ai lu les informations sur les vaccins ci-jointes. Je comprends les bénéfices attendus et les risques et effets secondaires possibles des vaccins. Je comprends les risques possibles de ne pas être vacciné. J'ai eu l'occasion d'obtenir des réponses à mes questions auprès du Bureau de Santé Publique de Toronto. Ce consentement est valable pour deux ans. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment. Je comprends que mon enfant peut recevoir jusqu'à trois injections en une journée.

OUI J'autorise le Bureau de Santé Publique de Toronto à administrer les vaccins suivants : Cochez tous les vaccins que vous autorisez l'élève à recevoir.

Remarque : Le Bureau de Santé Publique de Toronto examinera les antécédents de vaccination de l'élève (voir l'étape 2) et ne vaccinera que si l'élève en a besoin.

<input type="checkbox"/> vaccin méningocoque (1 dose)	<input type="checkbox"/> vaccin contre le papillomavirus humain (2 ou 3 doses)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> pour chaque vaccin que vous ne voulez pas que l'élève reçoive :		
<input type="checkbox"/> vaccin méningocoque	<input type="checkbox"/> vaccin contre le virus du papillome humain	<input type="checkbox"/> vaccin contre l'hépatite B

X _____ Parent Tuteur/Tutrice légal(e)
 Signature du parent/tuteur/tutrice légal(e) Relation avec l'élève Date
 /élève de plus de 14 ans

Les renseignements personnels sur la santé figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé. Il est utilisé pour administrer le Programme des maladies évitables par la vaccination, notamment la tenue des dossiers d'immunisation des élèves. Pour de plus amples renseignements, consultez <https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/information-practices-statement/> ou contactez le 416-338-7600.

Automne 2022

À L'USAGE DU BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE TORONTO UNIQUEMENT		
INFIRMIÈRE À REMPLIR	DOSE 1	DOSE 2
1. L'élève ou le parent a-t-il consenti au vaccin contre le méningocoque?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Ne s'applique pas
2. L'élève ou le parent a-t-il consenti au vaccin contre le papillomavirus humain?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. L'élève ou le parent a-t-il consenti au vaccin contre l'hépatite B?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4. Pour le VPH ou l'hépatite B, il s'est écoulé au moins 168 jours depuis la première dose.	Ne s'applique pas	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5. Assurez-vous que l'élève comprend pourquoi il/elle reçoit le(s) vaccin(s)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6. L'élève a-t-il reçu le vaccin contre l'hépatite B, le VPH ou le méningocoque d'un autre fournisseur de soins de santé?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
7. L'élève a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
8. L'élève est-il allergique à la levure, l'alun, le latex, la protéine d'anatoxine diphtérique ou tétanique?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
9. L'élève a-t-il une condition médicale grave?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10. L'élève a-t-il de la fièvre aujourd'hui?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
11. L'élève est-elle enceinte?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

