

Étape 1. Renseignements sur l'élève

TPH Client ID# _____

Nom de famille		Prénom		N° de carte Santé	Genre
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®, Pediarix™	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj

Si « oui », expliquer

Étape 3. Précisions sur la santé de l'élève

a) L'élève a-t-il une allergie à la levure, à l'aluminium, 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 (2) 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

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, allez au <https://www.toronto.ca/community-people/health-wellness-care/information-practices-statement/> ou appelez au 416 338-7600.

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, aluminum, 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

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

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

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

NOTES
