

Étape 1. Renseignements de l'élève

TPH Client ID#

|   |      |        |  |  |  |      |  |
|---|------|--------|--|--|--|------|--|
| Nom   |      | Prénom |  | Numéro de carte Santé de l'Ontario               |  | Sexe |  |
| Date de naissance   |      | École  |  | Nom de la classe ou de l'enseignant(e)           |  |      |  |
| Année   | Mois | Jour   |  |  |  |      |  |
| Nom du père, de la mère ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie) |      |        |  | Téléphone du père, de la mère ou du tuteur légal |  |      |  |

Étape 2. Antécédents de vaccination de l'élève

| Si l'élève a déjà reçu le(s) vaccin(s) suivant(s), veuillez encadrer le nom commercial et indiquer la date à laquelle le vaccin a été administré.                  | Date       |            |            |
|--|------------|------------|------------|
|  | DOSE 1     | DOSE 2     | DOSE 3     |
| 1. Vaccin contre le méningocoque-ACYW (achat spécial, p. ex., pour un voyage)<br>Menactra® Menveo <sup>MD</sup> Nimenrix® MenQuadfi®                               | _____      |            |            |
|  | aaaa-mm-jj |            |            |
| 2. Vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) (série de 2 ou 3 doses)<br>Gardasil® Gardasil-9® Cervarix®   | _____      | _____      | _____      |
|  | aaaa-mm-jj | aaaa-mm-jj | aaaa-mm-jj |
| 3. Vaccin contre l'hépatite B (ou combinaison) (série de 2, 3 ou 4 doses)<br>Engerix®-B Recombivax-HB® Twinrix® Jr Twinrix® INFANRIX-hexa®, Pediarix <sup>MD</sup> | _____      | _____      | _____      |
|  | aaaa-mm-jj | aaaa-mm-jj | aaaa-mm-jj |

Étape 3. Antécédents médicaux

Si « oui », expliquez

|   |   |  |
|---|---|--|
| a) L'élève est-il allergique à la levure, l'aluminium, le latex, la protéine d'anatoxine diphtérique ou tétanique? A-t-il d'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 un problème de santé 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 – **DOIT ÊTRE REMPLI**

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 liés au fait 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 deux (2) ans.** Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment. Je comprends que trois vaccins peuvent être administrés en une journée.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>OUI, j'autorise le Bureau de santé publique de Toronto à administrer les vaccins suivants :</b></p> <p>Cochez <input checked="" type="checkbox"/> tous les vaccins que vous autorisez l'élève à recevoir.</p> <p>Remarque : Le Bureau de santé publique de Toronto examinera les antécédents de vaccination de l'élève (voir l'étape 2) et n'administrera un vaccin que si l'élève en a besoin.</p> <p><input type="radio"/> Vaccin contre le méningococcique (1 dose)</p> <p><input type="radio"/> Vaccin contre le virus du papillome humain (2 ou 3 doses)</p> <p><input type="radio"/> Vaccin contre l'hépatite B (2 ou 3 doses)</p> | <p><b>NON, je n'autorise pas le Bureau de santé publique de Toronto à administrer les vaccins suivants à l'élève :</b></p> <p>Cochez <input checked="" type="checkbox"/> chaque vaccin que vous ne voulez pas que l'élève reçoive :</p> <p><input type="radio"/> Vaccin contre le méningococcique</p> <p><input type="radio"/> Vaccin contre le virus du papillome humain</p> <p><input type="radio"/> Vaccin contre l'hépatite B</p> |
|--|---|

X \_\_\_\_\_  
Signature du père, de la mère ou du tuteur légal  
(consentement valable 2 ans)

Père  Tuteur  
Relation avec l'élève

\_\_\_\_\_ Date

**TORONTO PUBLIC HEALTH USE ONLY**

| Verbal Consent (Nurse to Complete)  |  |  |
|---|--|--|
| Granted <input type="checkbox"/> Men4 <input type="checkbox"/> HepB (2 or 3 doses) <input type="checkbox"/> HPV (2 or 3 doses)  | Date:  | Time:  |
| <input type="checkbox"/> Confirm student identifiers (e.g., school, DOB)<br><input type="checkbox"/> Consent is for the entire vaccine series<br><input type="checkbox"/> Valid until vaccine series is complete, or for <b>up to 2 years</b> – consent can be withdrawn at any time<br><input type="checkbox"/> What the vaccine series involves (number of doses, schedule)<br><input type="checkbox"/> Expected benefit(s) of the vaccine<br><input type="checkbox"/> Risk(s) associated with not getting the vaccine<br><input type="checkbox"/> Common adverse reactions and possible severe adverse reactions and their frequency<br><input type="checkbox"/> Any vaccine contraindications<br><input type="checkbox"/> Vaccine information provided above was understood<br><input type="checkbox"/> Opportunity to ask questions was provided<br><input type="checkbox"/> Vaccine fact sheet was provided (and/or directions for online access) |  |  |
| Name of Person Providing Consent:   |  |  |
| Relationship:   | Phone Number:                                      |  |
| Name of Nurse:  | Nurse Signature:                                   |  |
| 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 HPV vaccine?   | <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. 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 |

| MENINGOCOCCAL-ACYW VACCINE    0.5 mL dose  | Intramuscular   |
|--|---|
| One Dose Only: <input type="radio"/> Nimenrix® <input type="radio"/> Menveo™ <input type="radio"/> Menactra®<br><input type="radio"/> MenQuadfi® | <b>DATE</b> _____<br><b>TIME</b> _____<br><b>LOT#</b> _____ |
| <b>IM DELTOID</b> Left    Right  |   |
| <b>SIGNATURE:</b> _____  |   |

| HUMAN PAPILOMAVIRUS VACCINE    Gardasil®9 0.5 mL dose  | Intramuscular  |
|--|--|
| <b>Dose 1</b><br><b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____<br><b>LOT#</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left    Right<br><b>SIGNATURE:</b> _____ | <b>Dose 2</b><br><b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____<br><b>LOT#</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left    Right<br><b>SIGNATURE:</b> _____ |

| HEPATITIS B VACCINE    0.5 mL or 1.0 mL dose   | Intramuscular  |
|--|--|
| <b>Dose 1</b><br><input type="radio"/> Engerix®-B 0.5mL <input type="radio"/> Engerix®-B 1.0mL<br><input type="radio"/> Recombivax HB® 0.5mL <input type="radio"/> Recombivax HB® 1.0mL<br><b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____<br><b>LOT#</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left    Right<br><b>SIGNATURE:</b> _____ | <b>Dose 2</b><br><input type="radio"/> Engerix®-B 0.5mL <input type="radio"/> Engerix®-B 1.0mL<br><input type="radio"/> Recombivax HB® 0.5mL <input type="radio"/> Recombivax HB® 1.0mL<br><b>DATE</b> _____ <b>TIME</b> _____<br><b>LOT#</b> _____ <b>IM DELTOID</b> Left    Right<br><b>SIGNATURE:</b> _____ |

**NOTES:**