

Réservé à l'administration	
Vérificateur : _____	Vérificateur : _____
Date : _____	Date : _____

Formulaire de consentement rempli par : Client Parent/tuteur Subrogé légal ou désigné
IMPORTANT : Veuillez retourner le formulaire rempli et signé à l'école ou à un membre du personnel infirmier de la santé publique au plus tard le : _____/_____/____ aaaa/mm/jj S. O.
 École : _____ Ville ou localité : _____
 Année d'études : _____ Salle de classe : _____

A. Renseignements sur le client (veuillez écrire en lettres moulées)

Nom(s) :	Prénom(s) :		
Prénom(s) d'usage :			
Adresse :	Ville ou localité :	Code postal :	
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	/	/	Âge :
Pronom(s) d'usage, p. ex., elle, il, pronom neutre de votre choix, etc. :			
N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres):			
N° d'identification personnel (9 chiffres) :			

B. Antécédents médicaux du client

- Votre enfant a-t-il des allergies? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction ou un trouble médical grave après avoir reçu un vaccin? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant a-t-il reçu des vaccins au cours des quatre (4) dernières semaines? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant est-il atteint d'une condition pouvant affaiblir son système immunitaire (infection par le VIH, troubles de la rate, greffe d'organe, etc.)? Oui Non
Si oui, veuillez préciser : _____
- Votre enfant prend-il des médicaments, suit-il un traitement médical ou en a-t-il suivi un récemment (stéroïdes, chimiothérapie, radiothérapie, thérapie par immunoglobuline, etc.)? Oui Non
Si oui, veuillez les énumérer : _____
- Votre enfant est-elle enceinte, ou allaite-t-elle? Oui Non S.O.

C. Les vaccins suivants seront fournis : (section à remplir par le fournisseur de soins de santé)

<input type="checkbox"/> DCaT-VPI-Hib	Diphtérie, tétanos, coqueluche, polio, haemophilus influenzae de type b	<input type="checkbox"/> Pneu-C-20	Pneumocoque conjugué 20-valent
<input type="checkbox"/> VHB	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Rotavirus	Rotavirus
<input type="checkbox"/> VPH	Virus du papillome humain	<input type="checkbox"/> dcaT	Tétanos, diphtérie, coqueluche
<input type="checkbox"/> Men-C-ACYW	Antiméningococcique conjugué ACYW	<input type="checkbox"/> dcaT-VPI	Tétanos, diphtérie, coqueluche, polio
<input type="checkbox"/> RRO	Rougeole, rubéole, oreillons	<input type="checkbox"/> Varicelle	Varicelle
<input type="checkbox"/> RROV	Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Pneu-C-15	Pneumocoque conjugué 15-valent	<input type="checkbox"/> Autre	

D. Consentement éclairé

Remplissez UNE SEULE de ces deux options

<p>1. Consentement d'un parent, d'un tuteur ou d'un subrogé légal ou désigné – Cochez l'une des trois cases suivantes :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI – Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués à la section C.</p> <p><input type="checkbox"/> OUI – Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins indiqués à la section C, à l'exception de :</p> <p><i>Veuillez indiquer le ou les vaccins pour lesquels vous NE DONNEZ PAS votre consentement</i></p> <p><input type="checkbox"/> NON - JE NE CONSENS PAS à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins ci-dessus</p> <p>Nom: _____ Signature: _____ Date: _____ (année/mois/jour)</p> <p>Lien de parenté : _____ Téléphone : maison/cell : _____ Travail : _____ Courriel : _____</p>	<p>2. Consentement du client (mineur mature) – Cochez l'une des trois cases suivantes :</p> <p><input type="checkbox"/> OUI – Je consens à recevoir le ou les vaccins indiqués à la section C.</p> <p><input type="checkbox"/> OUI – Je consens à recevoir le ou les vaccins indiqués à la section C, à l'exception de :</p> <p><i>Veuillez indiquer le ou les vaccins pour lesquels vous NE DONNEZ PAS votre consentement</i></p> <p><input type="checkbox"/> NON - JE NE CONSENS PAS à recevoir le ou les vaccins indiqués à la section C</p> <p>Nom: _____ Signature: _____ Date: _____ (année/mois/jour)</p> <p>Téléphone : maison/cell : _____ Travail : _____ Courriel : _____</p>
---	--

Des fiches d'information sur les bienfaits et les risques des vaccins se trouvent au : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/div/vaccines.fr.html. Pour recevoir une fiche d'information ou pour toute question, communiquez avec le bureau de la santé publique de votre région au : _____

J'ai lu et compris les fiches d'information concernant les bienfaits et les risques des vaccins et je consens à l'administration de ces vaccins, malgré leurs possibles effets secondaires courants. Comme certains vaccins nécessitent plus d'une dose dans l'année, mon consentement s'applique à toutes les doses du ou des vaccins nécessaires pour compléter la série jusqu'à un an, à moins que je ne retire mon consentement en communiquant avec mon bureau de la santé publique local : www.manitoba.ca/health/publichealth/offices.fr.html. J'ai pu poser des questions sur la vaccination et recevoir des réponses satisfaisantes.

Nom du client : _____ NIP : _____

Les parents, les tuteurs ou les subrogés légaux ou désignés devraient discuter de l'information fournie concernant les vaccins susmentionnés avec l'enfant, et le faire participer à la prise de la décision concernant le consentement à la vaccination. Même si un enfant peut être vacciné avec le consentement d'un parent, d'un tuteur ou d'un subrogé légal ou désigné, l'enfant a le droit d'être informé à propos de la vaccination. Un enfant peut donner son consentement à la vaccination si la personne qui administre le vaccin détermine que l'enfant comprend les conséquences de sa décision concernant la vaccination, y compris les bienfaits et les risques des vaccins, les réactions possibles aux vaccins et les risques associés au fait de ne pas être vacciné. Veuillez consulter les lignes directrices sur le consentement éclairé au : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/protocol/consentguidelines.pdf (en anglais seulement).

Avis : Le ministère de la Santé est autorisé à recueillir les renseignements personnels et les renseignements personnels médicaux sur le présent formulaire en vertu du paragraphe 13(1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels et de l'alinéa 36(1)b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, car ils sont recueillis aux fins de l'administration de vaccins. Les données relatives aux vaccins que vos enfants ou vous-même recevez seront conservées dans le registre d'immunisation provincial. Les données recueillies dans le registre d'immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d'immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu'une vaccination a été manquée. La Loi sur les renseignements médicaux personnels protège vos renseignements. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles par les fournisseurs de soins de santé. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la page www.manitoba.mb.ca/health/publichealth/surveillance/phims.fr.html ou communiquer avec votre bureau de la santé publique local pour parler à une infirmière de la santé publique www.manitoba.ca/health/publichealth/offices.fr.html.

E. Identité raciale, ethnique ou autochtone

Depuis mai 2020, Santé publique recueille des renseignements sur l'identité raciale, ethnique et autochtone des personnes. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer les besoins d'accessibilité accrue aux vaccins dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous décrivez votre enfant. Veuillez cocher la case correspondant à la communauté raciale ou ethnique qui décrit le mieux votre enfant.

- Africain Noir Chinois Philippin Latino-Américain Sud-asiatique
- Sud-est asiatique Blanche Autochtone d'Amérique du Nord (Première Nation, Métis, Inuit)
- Autre(s) Préfère ne pas répondre

Si vous avez coché Autochtone d'Amérique du Nord, veuillez cocher le groupe auquel appartient votre enfant :
 Première Nations Métis Inuit

LA PARTIE SUIVANTE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE QUI ADMINISTRE LES VACCINS

Consentement verbal			
Date : _____/_____/_____ aaaa/mm/jj	Nom :	Lien (parent/tuteur, subrogé légal ou désigné, client) :	Signature du fournisseur de soins de santé :

Consentement à l'aide d'un interprète		
Nom ou n° d'identification de l'interprète :	Téléphone :	Date : _____/_____/_____ aaaa/mm/jj

Date aaaa/ mm/jj	Vaccin	N° de lot	Fabricant	Dose	Voie	Lieu d'in- jec- tion	Signature du vaccinateur	Saisie des don- nées

Renseignements additionnels	
Toutes les demandes doivent être signées.	
Date aaaa/mm/jj	Remarques :