



1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE (selon la carte santé de l'Ontario)

Nom de famille légal		Prénom		Genre
Date de naissance Année Mois Jour	Prénom préféré (si différent de la carte de santé)		Numéro de Carte Santé de l'Ontario	
École		Nom de l'enseignant/e ou classe	Courriel du parent/tuteur/tutrice	
Non du parent/tuteur/tutrice (en caractère d'imprimerie)		Relation avec l'élève	Numéro de tél. à domicile	Numéro de tél. au Travail

2. ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Sélectionner un

Si OUI, Veuillez expliquer

Est-ce que votre enfant a une allergie?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction à un vaccin?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-ce que votre enfant a des antécédents d'évanouissements?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-ce que votre enfant a une maladie grave?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Le système immunitaire de votre enfant est-il affaibli ou votre enfant prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection (p. ex. des corticostéroïdes)?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

3. ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE

Mon enfant a **déjà reçu** le suivant (encercle le non du vaccin et fourni les dates auxquelles les vaccins ont été administrés

<input type="radio"/> Hépatite B (Engerix®-B / Recombivax-HB®)	<input type="radio"/> Méningocoque (Menactra® / Menveo™ / Nimenrix®)
Dates: aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj	Date: aaaa/mm/jj
<input type="radio"/> Hépatite A et B (Twinrix® Jr. / Twinrix®)	<input type="radio"/> Virus du papillome humain (Gardasil® / Cervarix®)
Dates: aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj	Dates : yyyy/mm/dd yyyy/mm/dd yyyy/mm/dd

4. CONSENTEMENT POUR VACCINATION

J'ai lu la fiche d'information sur l'immunisation et je comprends les avantages, les risques possibles et les effets secondaire des vaccins. Je comprends les risques possibles pour mon enfant s'il n'est pas vacciné. Le bureau de santé a eu l'occasion de répondre à mes questions. Ce consentement est valide pour deux ans. Il est entendu que je peux retirer mon consentement en tout temps. Il est entendu que mon enfant pourrait recevoir jusqu'à trois injections la même journée.

COCHEZ ✓ LES CASES CI-DESSOUS, INDICANT VOTRE CONSENTEMENT POUR CHAQUE VACCIN.

Méningocoque (1 dose) – OBLIGATOIRE POUR L'ÉCOLE

- OUI, j'autorise le bureau de santé à administrer **une dose** du vaccin contre la méningocoque des sérogroupes ACYW-135 vaccine à mon enfant.
- NON, JE N'AUTORISE PAS CE VACCIN

**Je comprends les conséquences possibles si mon enfant n'est pas vacciné contre la méningocoque. Une séance de formation et un formulaire d'exemption sont requis. Le formulaire doit être notarisé et déposé à votre bureau de santé local.*

VIRUS DU PAPILOME HUMAIN (VPH) (2 doses)

- OUI, j'autorise le bureau de santé à administrer **deux doses** du vaccin contre le virus du papillome humain à mon enfant.
- NON, JE N'AUTORISE PAS CE VACCIN

HÉPATITE B (2 doses)

- OUI, j'autorise le bureau de santé à administrer **deux doses** du vaccin contre l'hépatite B à mon enfant.
- NON, JE N'AUTORISE PAS CE VACCIN

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE/ PARENT/TUTEUR LÉGAL (OBLIGATOIRE)

Signature: _____ Nom imprimer: _____ Date: aaaa/mmm/jj

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DE SANTÉ

<p>FOR HEALTH UNIT USE ONLY (only required to document verbal consent)</p> <p>Verbal consent obtained from client's (relationship to student) _____, (person's full name) _____, on (yyyy/mm/dd) _____ at (time) _____ by (name of person obtaining consent) _____. Signature: _____</p>

Student Name		Date of Birth			
NURSE TO COMPLETE		DOSE 1		DOSE 2	
1. HPV: Is there a minimum of 6 months since dose one?		Non applicable		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
2. Hepatitis B: Is there a minimum of 6 months since dose one?		Non applicable		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
3. Have you received a vaccine recently?		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
4. Do you understand what the vaccine(s) are for?		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
5. Are you feeling well/have you had a fever recently?		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
6. Do you think you might be pregnant? N/A <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
7. Students' health history reviewed?		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
8. Have there been any changes to your health since consent was received?		<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
9. Which card did you select today?		C, A, R, D		C, A, R, D	
		Nurses Initials		Nurses Initials	

VACCINE PREPARATION, ADMINISTRATION AND DOCUMENTATION

Complete your 3 vaccine checks: as you select the vaccine, as you draw it up, and just before administration.

Meningococcal (Men C-ACYW135) Vaccine (1 dose)

Menactra® 0.5ml IM Menveo™ 0.5ml IM Nimenrix® 0.5ml IM (select vaccine given)

DOSE	3 VACCINE CHECKS	DATE	TIME	LOT # & EXPIRY	DELTOID SITE		NURSE SIGNATURE	DATA ENTERED
1	Y/N				R	L		Y/N

Human Papillomavirus (HPV-9) Vaccine (2 doses)

Gardasil®9 0.5ml IM

DOSE	3 VACCINE CHECKS	DATE	TIME	LOT # & EXPIRY	DELTOID SITE		NURSE SIGNATURE	DATA ENTERED
1	Y/N				R	L		Y/N
2	Y/N				R	L		Y/N

Hepatitis B Vaccine (2 doses)

Engerix-B® 1.0ml IM Recombivax-HB® 1.0ml IM (select vaccine given)

DOSE	3 VACCINE CHECKS	DATE	TIME	LOT # & EXPIRY	DELTOID SITE		NURSE SIGNATURE	DATA ENTERED
1	Y/N				R	L		Y/N
2	Y/N				R	L		Y/N

PROGRESS NOTES
