



MOCLI60110

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT À LA VACCINATION SCOLAIRE 14-16 ANS

Si tu as 14 ans et plus, tu peux consentir toi-même à recevoir un vaccin.

IDENTIFICATION		
Adresse : _____	Ville : _____	Code postal : _____
Téléphone : _____	Autre : _____	
Nom de l'école : _____		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX Réponds à toutes les questions	Oui	Non
1. Notes-tu présentement un changement dans ton état de santé?	☐	☐
2. As-tu déjà eu une réaction allergique grave ou une réaction grave après avoir reçu un vaccin qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? • Si oui, préciser la cause ou le vaccin : _____	☐	☐
3. Est-ce que tu souffres de troubles de coagulation?	☐	☐
4. Est-ce que tu présentes un état d'immunodéficience?	☐	☐
5. Est-ce que tu as reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines ou un vaccin au cours des 11 derniers mois? Si oui, préciser : _____	☐	☐
6. Après l'âge de 1 an, as-tu eu la varicelle? • Si non, est-ce que tu as reçu le vaccin contre la varicelle?	☐	☐
7. Es-tu enceinte ou penses-tu l'être?	☐	☐

CONSENTEMENT À la suite de l'évaluation effectuée par l'infirmière, les vaccins suivants sont recommandés :	Vaccination Date : _____ aaaa/mm/jj	
	Accepte	Refuse
☐ Contre le méningocoque A,C,W et Y	☐	☐
☐ Contre la diphtérie et le tétanos	☐	☐
☐ Contre la coqueluche	☐	☐
☐ Contre la poliomyélite	☐	☐
☐ Contre la rougeole, la rubéole et les oreillons	☐	☐
☐ Contre la varicelle	☐	☐
☐ Contre Hépatite A	☐	☐
☐ Contre Hépatite B	☐	☐
☐ Contre le virus du papillome humain (VPH)	☐	☐
☐ Autre : _____	☐	☐
Précisions liées au consentement		
☐ Élève avisé d'un refus antérieur du parent dans le SIPMI, si applicable.		
Offrons de parler aux parents : ☐ Accepte ☐ Refuse Précision : _____		

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

*Pour un usager de moins de 14 ans, la signature du titulaire de l'autorité parentale est requise

aaaa/mm/jj

hh:mm

Signature : _____ Date : _____ Heure : _____

Infirmière

N° de permis

aaaa/mm/jj

hh:mm

Nom, prénom :

#Dossier :

À L'USAGE DE L'INFIRMIÈRE ET DU VACCINATEUR			# SI-PMI :
À L'USAGE DU VACCINATEUR Vaccins administrés	No. de lot	Nom commercial	Site
☐ Men-C-ACWY 0,5 mL IM		☐ Menactra ☐ Nimenrix ☐ Menveo	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ dT 0,5 mL IM		☐ Td Adsorbées	
☐ dcat 0.5mL IM		☐ Adacel ☐ Boostrix	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ dcaT-VPI 0,5 mL IM		☐ Boostrix-Polio ☐ Adacel-Polio	
☐ HA 0,5 mL IM		☐ Avaxim ☐ Havrix ☐ Vaxta	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ HB 0,5 mL IM		☐ Recombivax ☐ Engerix	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ HAHB 0,5 ml IM		☐ Twinrix Jr	
☐ RRO (contenu du format unidose SC)		☐ MMRII ☐ Priorix	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ RROVar (contenu du format unidose SC)		☐ Priorix-Tetra ☐ ProQuad	
☐ Var (contenu du format unidose SC)		☐ Varivax ☐ Varilrix	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ Exemption à saisir (histoire antérieure de varicelle à partir de 1 an)			
☐ VPH-9 0,5 mL IM		☐ Gardasil 9	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ Autre :			☐ Bras gauche ☐ Bras droit
Notes :			
SI-PMI saisi par : ☐ Agente administrative Nom, Prénom : _____ ☐ Vaccinateur			
Signature : _____ Vaccinateur N° de permis _____ Date : _____ aaaa/mm/jj Heure : _____ hh:mm			