



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.		
1. Notes-tu présentement un changement dans ton état de santé?	☐	☐
2. As-tu déjà eu une réaction allergique grave <u>ou</u> une réaction grave après avoir reçu un vaccin qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? • Si oui, préciser la cause <u>ou</u> 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 <u>ou</u> une injection d'immunoglobulines <u>ou</u> 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. Est-ce que tu es enceinte?	☐	☐

CONSENTEMENT		1 ^{re} Vaccination		2 ^e Vaccination (si besoin)	
Suite à l'évaluation effectuée par l'infirmière, les vaccins suivants sont recommandés :				Date : _____ aaaa/mm/jj	
		Accepte	Refuse	Accepte	Refuse
☐	Contre les méningocoques A,C,W, et Y	☐	☐	☐	☐
☐	Contre la diphtérie et le tétanos	☐	☐	☐	☐
☐	Contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite	☐	☐	☐	☐
☐	Contre la rougeole, la rubéole et les oreillons	☐	☐	☐	☐
☐	Contre les hépatites ☐ Hépatite A ☐ Hépatite B	☐	☐	☐	☐
☐	Contre le virus du papillome humain (VPH)	☐	☐	☐	☐
☐	Contre la varicelle	☐	☐	☐	☐
☐	Autre : _____	☐	☐	☐	☐

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

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-VPI 0,5 mL IM		☐ Boostrix-Polio ☐ Adacel-Polio	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ RRO (contenu du format unidose SC)		☐ MMRII ☐ Priorix	
☐ RROVar (contenu du format unidose SC)		☐ Priorix-Tetra ☐ ProQuad	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ HA 0,5 mL IM		☐ Avaxim ☐ Havrix ☐ Vaxta	
☐ HB 0,5 mL IM		☐ Recombivax ☐ Engerix-B	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ HAHB 0,5 ml IM		☐ Twinrix junior	
☐ VPH-9 0,5 mL IM		☐ Gardasil 9	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ Var (contenu du format unidose SC)		☐ Varivax III ☐ Varilrix	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ Autre : _____			☐ Bras gauche ☐ Bras droit
Notes : _____			
☐ SI-PMI saisi ☐ Exemption saisie (Var)			
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____			
Vaccinateur		N° de permis	aaaa/mm/jj hh:mm
ÉVALUATION PRÉ-VACCINALE PAR L'INFIRMIÈRE 2 ^e dose:	Oui	Non	Si oui, préciser
Réaction allergique depuis la dernière vaccination?	☐	☐	
Changement dans l'état de santé de l'élève depuis qu'il a complété la section « Renseignements médicaux »?	☐	☐	
Vaccins reçus depuis la dernière vaccination scolaire?	☐	☐	
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____			
Infirmière		N° de permis	aaaa/mm/jj hh:mm
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	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ RRO (contenu du format unidose SC)		☐ MMRII ☐ Priorix	
☐ RROVar (contenu du format unidose SC)		☐ Priorix-Tetra ☐ ProQuad	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ VPH-9 0,5 mL IM		☐ Gardasil 9	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ HA 0,5 mL IM		☐ Avaxim ☐ Havrix ☐ Vaxta	
☐ HB 0,5 mL IM		☐ Recombivax ☐ Engerix-B	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ HAHB 0,5 ml IM		☐ Twinrix junior	
☐ Var (contenu du format unidose SC)		☐ Varivax ☐ Varilrix	☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ Autre : _____			☐ Bras gauche ☐ Bras droit
☐ Autre : _____			☐ Bras gauche ☐ Bras droit
			☐ ☐
Notes : _____			
☐ SI-PMI saisi			
Signature : _____ Date : _____ Heure : _____			
Vaccinateur		N° de permis	aaaa/mm/jj hh:mm