



MOCLI60792

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

CONSENTEMENT D'UN TIERS À LA VACCINATION DE L'USAGER MAJEUR INAPTE À CONSENTIR

Je, soussigné-e : _____ **Nom en lettres moulées**

En ma qualité de : ☐ Mandataire ☐ Tuteur ☐ Conjoint ☐ Proche parent ☐ Personne qui démontre un intérêt

Autorise : Les professionnels de la santé autorisés de Santé Québec.

À : Administrer, à la personne identifiée sur ce formulaire, les produits immunisants soutenus financièrement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cette autorisation **couvre la vaccination annuelle contre l'influenza et/ou la COVID-19** ainsi que toutes les **doses de rappel recommandées** selon le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ), basées sur l'âge, les conditions médicales, le milieu de vie et les contacts à risque. Elle **inclut également tout autre vaccin offert gratuitement** dans le cadre du programme de vaccination financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Pour la période Celle-ci est valide pour la durée de l'hébergement de l'usager au : _____ **lieu**

OU jusqu'au (temps) : _____ **aaaa/mm/jj**, sauf si mon consentement est retiré par écrit ou par téléphone, en présence d'un témoin.

PRODUITS IMMUNISANTS SOUTENUS FINANCIÈREMENT PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC			
Produits immunisants			Feuillelet informatif remis
COVID-19 :	J'autorise le vaccin <u>initiales</u>	Je refuse le vaccin <u>initiales</u>	<u>Initiales professionnel</u>
Grippe (Influenza) :	J'autorise le vaccin <u>initiales</u>	Je refuse le vaccin <u>initiales</u>	<u>Initiales professionnel</u>
Virus respiratoire syncytial (VRS) :	J'autorise le vaccin <u>initiales</u>	Je refuse le vaccin <u>initiales</u>	<u>Initiales professionnel</u>
Pneumocoque :	J'autorise le vaccin <u>initiales</u>	Je refuse le vaccin <u>initiales</u>	<u>Initiales professionnel</u>
Zona :	J'autorise le vaccin <u>initiales</u>	Je refuse le vaccin <u>initiales</u>	<u>Initiales professionnel</u>
Autre : _____	J'autorise le vaccin <u>initiales</u>	Je refuse le vaccin <u>initiales</u>	<u>Initiales professionnel</u>

Dans le cadre d'une discussion entre vous et un professionnel habilité*, il vous sera demandé annuellement ou au besoin de :

- **Confirmer à nouveau** votre autorisation pour les vaccins de l'année à venir
- OU
- **Révoquer** cette autorisation si vous ne souhaitez plus que votre proche soit vacciné

Votre accord ou votre refus sera indiqué au dossier de votre proche. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de la préparation de la saison annuelle d'immunisation. Soyez assuré que même avec votre autorisation pour la vaccination, **nous respecterons toujours la volonté de votre proche**. Si celui-ci refuse catégoriquement de se faire vacciner, aucun vaccin ne lui sera administré, et vous serez contacté.

Signature du professionnel habilité* et titre : _____ Date : _____ **aaaa/mm/jj**

*Professionnel habilité : médecin, sage-femme, infirmière, inhalothérapeute et pharmacien.

CONSENTEMENT SUBSTITUÉ

J'ai été informé sur les avantages et les risques d'accepter ou de refuser la vaccination recommandée. J'ai eu l'occasion de poser mes questions et j'ai reçu des réponses à mes questions. Je sais que je peux annuler mon consentement à tout moment. Ces informations me permettent de prendre une décision libre et éclairée.

Je comprends que mon proche peut refuser de se faire vacciner lors de la journée de vaccination, ce refus sera respecté malgré mon consentement.

Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____ **aaaa/mm/jj**

Coordonnées téléphoniques : _____

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU TIERS

Lien avec l'utilisateur : ☐ Mandataire ☐ Tuteur ☐ Conjoint (marié, union civile ou de fait)
☐ Proche parent du majeur inapte
☐ Personne qui démontre un intérêt particulier pour le majeur inapte

 Nom et prénom de la personne autorisée

 Numéro de téléphone

 Signature de la personne autorisée

 Date (aaaa/mm/jj)

 Adresse postale ou courriel de la personne autorisée :

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU TIERS - TÉLÉPHONIQUE

Après avoir transmis les informations notées ci-haut, j'ai reçu le consentement libre et éclairé téléphonique de :

 Nom et prénom de la personne autorisée

 Lien avec l'utilisateur

 Numéro de téléphone

 Signature et titre

 Date (aaaa/mm/jj)

 Signature et titre du témoin au consentement libre et éclairé téléphonique

 Adresse postale ou courriel de la personne autorisée :

RÉVOCATION

Je désire révoquer mon consentement à la vaccination, au nom de la personne que je représente légalement, après avoir reçu les explications nécessaires ainsi que les renseignements sur les maladies ainsi que leurs immunisations.

La révocation s'applique pour le(s) vaccin(s) suivant(s) :

☐ Grippe (Influenza) ☐ COVID-19 ☐ VRS ☐ Zona ☐ Pneumocoque

Lien avec l'utilisateur : ☐ Mandataire ☐ Tuteur ☐ Conjoint (marié, union civile ou de fait)
☐ Proche parent du majeur inapte
☐ Personne qui démontre un intérêt particulier pour le majeur inapte

 Nom et prénom de la personne autorisée

 Numéro de téléphone

 Signature de la personne autorisée

 Date (aaaa/mm/jj)

RÉVOCATION TÉLÉPHONIQUE

Après avoir transmis les informations notées ci-haut, j'ai reçu la révocation téléphonique de la part de :

 Nom et prénom de la personne autorisée

 Lien avec l'utilisateur

 Numéro de téléphone

 Signature et titre

 Date (aaaa/mm/jj)

 Signature et titre du témoin à la révocation téléphonique