

## GRIPPE A(H1N1) CONSENTEMENT À LA VACCINATION PAR TRANSPORT SCOLAIRE

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR  
DATE DE NAISSANCE

\_\_\_\_\_  
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS  
DATE D'EXPIRATION

_____ NOM	
_____ PRÉNOM	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> SEXE

\_\_\_\_\_  
ADRESSE

\_\_\_\_\_  
CODE POSTAL

\_\_\_\_\_  
NOM DU PÈRE

( )

( )

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – TRAVAIL

\_\_\_\_\_  
NOM DE LA MÈRE

( )

( )

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE - TRAVAIL

\_\_\_\_\_  
NOM DU TUTEUR (S'IL Y A LIEU)

( )

( )

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE - TRAVAIL

### ÉCOLE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT

NOM DE L'ÉCOLE : **COLLÈGE CHARLEMAGNE**

## **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE L'ENFANT**

1. Grossesse :  OUI  NON  NE SAIS PAS Date prévue d'accouchement \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
aaaa mm jj

2. Vous sentez-vous malade aujourd'hui ?  OUI  NON

**À vérifier par l'infirmière le jour de la vaccination**

3. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ou pour se rendre à l'hôpital?  OUI  NON

4. Votre enfant, après l'ingestion d'œufs, a-t-il déjà présenté une allergie assez grave ayant nécessité immédiatement des soins médicaux?  OUI  NON

**Si oui, à une de ces deux questions, ou si vous avez besoin d'information supplémentaire, veuillez vous présenter au centre de vaccination avec votre enfant.**

5. Votre enfant a-t-il des troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier (ex. : baisse de plaquettes, troubles hémorragiques) ou la prise d'anticoagulants (ex. : coumadin, warfarine, warfilone, héparine)?

OUI  NON

6. Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique qui demande un suivi médical régulier (ex. : maladie cardiaque, diabète ou maladie pulmonaire comme l'asthme)?

OUI  NON

7. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament (ex. : chimiothérapie)?

OUI  NON

***Si votre enfant présente l'une de ses conditions, il est possible qu'une dose supplémentaire de vaccin soit nécessaire. Il faut en discuter avec le médecin traitant de l'enfant.***

## **CONSENTEMENT DU PARENT OU DU TUTEUR**

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de votre enfant. Un enfant de 14 ans et plus peut consentir lui-même à recevoir le vaccin. Le consentement à la vaccination de votre enfant implique que cette vaccination sera inscrite dans le registre provincial mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous ont été fournies dans le feuillet d'information qui accompagne ce formulaire. Pour toute information additionnelle sur cette vaccination, nous vous invitons à vous adresser à Services Québec au 514-644-4545 ou à consulter le site [pandemiequebec.gouv.qc.ca](http://pandemiequebec.gouv.qc.ca).

**JE CONSENS** à ce que mon enfant soit vacciné contre la grippe A(H1N1) et soit déplacé vers le site de vaccination par le transporteur scolaire.

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature de la mère, du père ou du tuteur ou de l'enfant de 14 ans et plus**  
☛ (SVP, utilisez un crayon à l'encre)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_