



CONSENTEMENT À LA VACCINATION EN MILIEU SCOLAIRE POUR LES ÉLÈVES DE 9^e ANNÉE

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Nom de famille	Prénom	Date de naissance AAAA/MM/JJ	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
École et classe		Carte d'assurance-santé n°	
Nom du parent/tuteur		Lien avec l'enfant	
Téléphone (jour)	Téléphone (soir)	Téléphone (cellulaire)	
Alerte : Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Allergies : Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à la suite d'un vaccin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Maladie chronique :	

SECTION 2 : CONSENTEMENT

Pour chaque vaccin énuméré ci-après, cochez la case « je consens » ou « je ne consens pas » et apposez votre signature ainsi que la date. Il est très important de remplir et de retourner le présent formulaire.

Je comprends les renseignements présentés sur les feuillets d'information au sujet du programme de vaccination du Yukon en ce qui concerne les vaccins énumérés ci-dessous. Je suis conscient des avantages et des réactions possibles, ainsi que des risques associés au choix de ne pas se faire vacciner. J'ai eu l'occasion de poser des questions. Je comprends que mon consentement est valide pour les vaccins énumérés ci-dessous, sauf si je révoque le présent consentement.

Je comprends que l'infirmière en santé communautaire examinera le dossier de vaccination de mon enfant et qu'elle n'administrera que les vaccins nécessaires pour assurer une protection complète en conformité avec le calendrier de vaccination du Yukon.

Tétanos-diphtérie-coqueluche (acellulaire)

<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je ne consens pas à ce que mon enfant soit vacciné.	Signature	Date AAAA/MM/JJ
---	-----------	--------------------

Vaccin conjugué quadrivalent contre le méningocoque

<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je ne consens pas à ce que mon enfant soit vacciné.	Signature	Date AAAA/MM/JJ
---	-----------	--------------------

Rougeole-oreillons-rubéole (ROR)

<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je ne consens pas à ce que mon enfant soit vacciné.	Signature	Date AAAA/MM/JJ
---	-----------	--------------------

SECTION 3 : RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE – CONSENTEMENT PAR TÉLÉPHONE OU CONSENTEMENT D'UN MINEUR MATURE

Consentement par téléphone obtenu de :	Pour : Tdca <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Men-C - A,C,Y,W 135 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ROR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature (professionnel de la santé) :
Lien avec l'enfant :		Date :

CONSENTEMENT D'UN MINEUR MATURE

Signature de l'élève :	Pour : Tdca <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Men-C - A,C,Y,W 135 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ROR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Signature (professionnel de la santé) :
		Date :

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis, utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux* du Yukon ainsi qu'aux autres lois applicables. Pour consulter les pratiques en matière de renseignements du ministère de la Santé et des Affaires sociales, visitez le www.hss.gov.yk.ca/fr/healthprivacy.php ou envoyez un courriel à l'agent de la protection de la vie privée, à healthprivacy@gov.yk.ca.