

GRIPPE A(H1N1) VACCINATION OFFERTE AU MILIEU SCOLAIRE

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

NOM

PRÉNOM

M F
SEXE

_____/_____/_____
ANNÉE MOIS JOUR
DATE DE NAISSANCE

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

_____/_____
ANNÉE MOIS
DATE D'EXPIRATION

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 :

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 OU REFUS (DÉCISIONS) 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 sont fournies dans le feuillet d'information qui accompagne ce formulaire. Pour toute information additionnelle sur cette vaccination, nous vous invitons à vous adresser à Info-Santé (8-1-1) ou à consulter le site pandemiequebec.qc.ca.

Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre l'influenza de type A(H1N1). Ce consentement ou ce refus doit être coché par l'enfant de 14 ans et plus.

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.

JE REFUSE que mon enfant soit vacciné contre la grippe A(H1N1).

Mon enfant a déjà été vacciné contre la grippe A(H1N1).

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 : _____