

Consentement à la vaccination contre la COVID-19 pour un enfant

Parents/tuteurs : Utilisez un stylo pour remplir les sections 1, 2 et 3 du formulaire. Les enfants âgés de 11 ans et moins doivent être accompagnés d'un parent ou d'un tuteur lors de leur rendez-vous, ou d'un autre accompagnateur désigné sur le formulaire de consentement qui doit être présenté au moment de la vaccination. Pour les enfants âgés de 12 ans et plus, un formulaire de consentement est nécessaire lorsqu'un parent ou un tuteur n'est pas présent.

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ENFANT (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)			
Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Genre de l'enfant M F Autre :	Date de naissance AA/MM/JJ
Numéro d'assurance-maladie (NAM) :	Adresse postale/C. P., ville et code postal		École
Nom du parent/tuteur (caractères d'imp.)	Tél. cell. -	Textos préférés? Oui Non	No de téléphone préféré - Enseignant(e)
Lien de parenté avec l'enfant (p. ex. : mère)	Adresse courriel du parent/tuteur		

NE VOUS PRÉSENTEZ PAS AU RENDEZ-VOUS D'IMMUNISATION SI VOUS ÊTES ACTUELLEMENT EN ISOLEMENT EN RAISON D'UN RÉCENT RÉSULTAT POSITIF À UN TEST DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19, OU SI VOUS AVEZ DES SYMPTÔMES DE LA COVID-19.

SECTION 2 : LISTE DE VÉRIFICATION CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT (À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR)
1. Cette personne souffre-t-elle d'allergies, y compris à tout ingrédient des vaccins contre la COVID-19 Pfizer BioNTech ou Moderna , tout médicament, tout produit cosmétique ou tout aliment (p. ex. : le polyéthylène glycol)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez préciser : _____
2a. Cette personne a-t-elle déjà reçu une dose du vaccin contre la COVID-19? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez déclarer la marque du vaccin contre la COVID-19 (p. ex. : Pfizer BioNTech ou Moderna), ainsi que la date de l'immunisation et le numéro de la dose. _____
2b. Cette personne a-t-elle éprouvé des effets secondaires à un vaccin contre la COVID-19 ou à un autre vaccin? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, décrire _____
3. Cette personne prend-elle des médicaments? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez les énumérer : _____

SECTION 3 : CONSENTEMENT À LA VACCINATION (SECTION À LIRE PAR LE PARENT/TUTEUR)
<ul style="list-style-type: none">• J'ai lu les renseignements contenus dans les fiches de renseignements sur les vaccins Pfizer BioNTech et Moderna qui m'ont été fournis.• J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.• J'atteste comprendre les avantages du ou des vaccins et les réactions possibles (effets secondaires).• J'atteste comprendre les risques de maladie que pourrait courir mon enfant s'il n'est pas vacciné.• J'atteste comprendre que dans un rare cas d'anaphylaxie, mon enfant recevra un traitement d'urgence.• J'atteste comprendre que lorsqu'une série de vaccins exige plus d'une dose, mon consentement se poursuit jusqu'à ce que toutes les doses aient été administrées à mon enfant, sauf révocation de mon consentement auprès de l'infirmière de la santé publique de l'école. <p>En tant que parent/tuteur de cet enfant, j'atteste comprendre et reconnaître que j'ai les responsabilités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulter un médecin si mon enfant présente une réaction inhabituelle ou grave après la vaccination. Si une telle réaction se produit, je veillerai à ce que mon enfant reçoive des soins et j'en informerai immédiatement les services de la santé publique.• Informer l'infirmière de l'école de tout changement dans l'état de santé de mon enfant, mentionné à la section 2, qui survient après la signature du présent formulaire de consentement.• Il est recommandé que les parents/tuteurs discutent du consentement à la vaccination avec leurs enfants. Le consentement s'adresse en premier lieu aux parents ou aux tuteurs. Toutefois, en Saskatchewan, les adolescents de 13 ans et plus, capables de comprendre les avantages et les réactions possibles à chaque vaccin ainsi que les risques de ne pas être vaccinés, peuvent, en tant que mineurs matures, légalement consentir à recevoir la vaccination, ou la refuser, en présentant un consentement éclairé au fournisseur de soins de santé.

02/2022

LE PARENT/TUTEUR DOIT COCHER OUI OU NON POUR LES VACCINS ÉNUMÉRÉS CI-DESSOUS, PUIS SIGNER ET DATER

J'AI LU LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS ET JE SUIS BIEN INFORMÉ À LEUR ÉGARD.

JE CONSENS À CE QUE MON ENFANT REÇOIVE LA SÉRIE PRIMAIRE DE VACCINS **PFIZER BIONTECH** CONTRE LA COVID-19. OUI NON

JE CONSENS À CE QUE MON ENFANT REÇOIVE LA DOSE DE RAPPEL DU VACCIN **PFIZER BIONTECH** CONTRE LA COVID-19. OUI NON

OU

JE CONSENS À CE QUE MON ENFANT REÇOIVE LA SÉRIE PRIMAIRE DE VACCINS **MODERNA** CONTRE LA COVID-19 OUI NON

JE CONSENS À CE QUE MON ENFANT REÇOIVE LA DOSE DE RAPPEL DU VACCIN **MODERNA** CONTRE LA COVID-19. OUI NON

JE DÉSIGNE _____ POUR ACCOMPAGNER MON ENFANT LORS DE SON RENDEZ-VOUS SI JE NE PEUX PAS Y ASSISTER.

NOM

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR : _____ DATE _____ AA/MM/JJ

SECTION 4 : À L'USAGE DU VACCINATEUR OU DE LA VACCINATRICE SEULEMENT

Nom de l'enfant : _____ DATE DE NAISSANCE _____ AA/MM/JJ HSN/NAM : _____

Date d'entrée des directives de consentement dans Panorama : _____ AA/MM/JJ Initiales : _____

Utilisez cette section si la documentation du point de service (PDS) n'est pas disponible.

PDS /
Inscrit

Date de la vaccination	Marque du vaccin	Dose n°	N° de lot	Dose	Voie	Site (d'injection)	Signature de l'infirmière	PDS / Inscrit
AA/MM/JJ		1		mL	IM	BG BD		
AA/MM/JJ		2		mL	IM	BG BD		
AA/MM/JJ		3		mL	IM	BG BD		
AA/MM/JJ		4		mL	IM	BG BD		

Consentement verbal obtenu

Consentement obtenu d'un mineur mature

Remarques :

Nom du parent/tuteur :

Signature de l'enfant :

N° de téléphone

Date et heure AA/MM/JJ

Date et heure AA/MM/JJ

Signature de l'infirmière

02/2022