

1. RENSEIGNEMENT SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : _____
(Nom de famille) (Prénom) (Prénom d'usage)

Identité de genre : M F _____ Date de naissance : (année/mois/jour) _____

N° de carte Santé : _____ Médecin / IP : _____

N° de téléphone principal : _____ Autre numéro : _____

École : _____ Enseignant(e) : _____ **À retourner à l'école d'ici :**

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE (cochez les cases pertinentes)

Est-ce que votre enfant a des allergies? (aliments, médicaments, levure, latex) Non Oui
 Si oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction à un vaccin? Non Oui
 Si oui, précisez : _____

Est-ce que votre enfant a un trouble de santé ou prend des médicaments régulièrement? Non Oui
 Si oui, précisez : _____

3. CONSENTEMENT À LA VACCINATION

Hépatite B	Méningococcie (Men-C ACYW)	Virus du papillome humain (VPH-9)
<input type="checkbox"/> Oui, mon enfant peut recevoir le vaccin contre l'hépatite B. _____ Signature - parent/tuteur _____ Date	<input type="checkbox"/> Oui, mon enfant peut recevoir le vaccin contre la méningococcie (méningocoques ACYW). _____ Signature - parent/tuteur _____ Date	<input type="checkbox"/> Oui, mon enfant peut recevoir le vaccin contre le VPH-9. _____ Signature - parent/tuteur _____ Date
<input type="checkbox"/> Non, je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive le vaccin contre l'hépatite B.	<input type="checkbox"/> Non, je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive le vaccin contre la méningococcie (méningocoques ACYW).	<input type="checkbox"/> Non, je ne consens pas à ce que mon enfant reçoive le vaccin contre le VPH-9.
Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B : <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Twinrix 1. _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small> 2. _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small> 3. _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small>	Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre la méningococcie (méningocoques ACYW). Date : _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small> *Ce vaccin est obligatoire. Il ne s'agit pas du vaccin administré le jour du premier anniversaire ou après.	Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre le VPH. 1. _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small> 2. _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small> 3. _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small>

À moins qu'il soit annulé, ce consentement est valide pour la période requise pour administrer la série vaccinale.

RÉSERVÉ À L'USAGE DU PERSONNEL INFIRMIER/FOR NURSES USE ONLY

<p>Dose #1 HEPATITIS B</p> <p>Recombivax/Engerix B</p> <p>Dose: 1.0ml Site: R L deltoid (circle one)</p> <p>Lot#: _____ Route: IM</p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <p>Signature of Nurse:</p> <p>_____</p>	<p>Dose #1 MEN-C-ACYW</p> <p>Menactra/Nimenrix/Menveo</p> <p>Dose: 0.5ml Site: R L deltoid (circle one)</p> <p>Lot#: _____ Route: IM</p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <p>Signature of Nurse:</p> <p>_____</p>	<p>Dose #1 HPV-9</p> <p></p> <p>Dose: 0.5ml Site: R L deltoid (circle one)</p> <p>Lot#: _____ Route: IM</p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <p>Signature of Nurse:</p> <p>_____</p>
<p>Dose #2</p> <p>Is adequate spacing evident? Recombivax ≥ 4mos.; Engerix ≥ 6 mos.</p> <p>Dose: 1.0ml Site: R L deltoid (circle one)</p> <p>Lot#: _____ Route: IM</p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <p>Signature of Nurse:</p> <p>_____</p>		<p>Dose #2</p> <p>If <15 years of age at first dose, is adequate spacing evident? (≥ 6mos.)</p> <p>Dose: 0.5ml Site: R L deltoid (circle one)</p> <p>Lot#: _____ Route: IM</p> <p>Date: _____ Time: _____</p> <p>Signature of Nurse:</p> <p>_____</p>

Nurses Notes: