

Formulaire de consentement à la vaccination contre la COVID-19, la grippe saisonnière et les infections à pneumocoque

Région _____ Emplacement de la clinique _____ Date _____

PARTIES A, B, C, D ET E REMPLIES PAR :

Client Parent/tuteur Subrogé légal ou désigné

A. Renseignements sur le client (en lettres moulées)

Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____ Prénom(s) d'usage : _____
 Adresse : _____ Ville ou localité : _____ Code postal : _____
 Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ Âge : _____
 Pronom(s) d'usage, p. ex., elle, il, pronom neutre de votre choix, etc.: _____
 N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) : _____ N° d'identification personnel (9 chiffres) : _____
 Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

B. Antécédents médicaux du client

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Vous sentez-vous bien aujourd'hui? | Oui | Non |
| Si non, veuillez préciser : _____ | | |
| 2. Avez-vous des allergies connues ou présumées? | Oui | Non |
| Si oui, veuillez préciser : _____ | | |
| 3. Avez-vous déjà eu une réaction ou une maladie grave après avoir reçu un vaccin? | Oui | Non |
| Si oui, veuillez préciser : _____ | | |
| 4. Avez-vous des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin? | Oui | Non |
| Si oui, veuillez préciser : _____ | | |
| 5. Prenez-vous des médicaments qui agissent sur la coagulation du sang? | Oui | Non |
| Si oui, veuillez les énumérer : _____ | | |
| 6. Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'une maladie auto-immune (p. ex. la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaques), une maladie (p. ex. la leucémie) ou un traitement (p. ex. des stéroïdes à haute dose)? | Oui | Non |
| Si oui, veuillez préciser : _____ | | |
| 7. Avez-vous reçu une dose du vaccin contre la COVID-19 au cours des 6 derniers mois? | Oui | Non |
| 8. Avez-vous eu une infection confirmée à la COVID-19 au cours des 6 derniers mois? | Oui | Non |
| Si oui, quand? _____ | | |

C. Raisons de l'immunisation – Veuillez cocher la principale raison applicable (cochez UNE seule case).

1. Travailleur des services de santé 2. Risque élevé 3. Contact avec une personne à risque élevé 4. Aucun risque connu

Si vous êtes travailleur des services de santé, indiquez votre milieu de travail principal :

Soins de longue durée/FSP Soins communautaires Soins de courte durée

• Indiquez le nom de votre établissement/bureau _____

D. Consentement éclairé – Consultez la personne qui administre les vaccins si vous ne pouvez obtenir de signature.

Remplissez UNE SEULE des options suivantes :

1. Consentement du client (y compris mineur mature)

Je consens à recevoir le :

- Vaccin antigrippal (dose habituelle)
- Vaccin antigrippal à haute dose
- Vaccin contre la COVID-19
- Vaccin antipneumococcique (Pneu-C-20)

Date _____

Signature _____

Les fiches de renseignements concernant les risques et les avantages liés à la vaccination sont consultables au www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/div/vaccines.fr.html. J'ai lu et compris l'information concernant les bienfaits et les risques des vaccins et je consens à l'administration de ces vaccins, malgré leurs possibles effets secondaires courants. J'ai pu poser des questions sur la vaccination et recevoir des réponses satisfaisantes.

2. Consentement du parent/tuteur/subrogé légal ou désigné

Je consens à ce que la personne ci-dessus reçoive le :

- Vaccin antigrippal (dose habituelle)
- Vaccin antigrippal à haute dose
- Vaccin contre la COVID-19
- Vaccin antipneumococcique (Pneu-C-20)

Nom _____

Lien avec la personne _____

N° de téléphone _____

Date _____

Signature _____

Nom du client: _____ NIP : _____

Les parents, les tuteurs ou les subrogés légaux ou désignés doivent discuter avec l'enfant des renseignements fournis sur les vaccins énumérés ci-dessus et le faire participer à la décision de donner son consentement à l'administration des vaccins. Même si un enfant peut être vacciné avec le consentement d'un parent, d'un tuteur légal ou d'un subrogé légal ou désigné, l'enfant a le droit d'être informé à propos de la vaccination. Un enfant peut donner son consentement à la vaccination si la personne qui administre le vaccin détermine que l'enfant comprend les conséquences de sa décision concernant la vaccination, y compris les bienfaits et les risques des vaccins, les réactions possibles aux vaccins et les risques associés au fait de ne pas être vacciné. Veuillez consulter les lignes directrices sur le consentement éclairé au : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/protocol/consentguidelines.pdf.

Avis : Le ministère de la Santé est autorisé à recueillir les renseignements personnels et les renseignements personnels médicaux sur le présent formulaire en vertu du paragraphe 13 (1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels et de l'alinéa 36 (1) b) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, car ils sont recueillis aux fins de l'administration de vaccins. Les données relatives aux vaccins que vos enfants ou vous-même recevez seront conservées dans le registre d'immunisation provincial. Les données recueillies dans le registre d'immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d'immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu'une vaccination a été manquée. La Loi sur les renseignements médicaux personnels protège vos renseignements. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles par les fournisseurs de soins de santé. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la page www.manitoba.mb.ca/health/publichealth/surveillance/phims.fr.html ou communiquer avec votre bureau de la santé publique local pour parler à une infirmière de la santé publique www.manitoba.ca/health/publichealth/offices.fr.html

E. Depuis mai 2020, Santé publique recueille des renseignements sur l'identité raciale, ethnique et autochtone des personnes. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer les besoins d'accessibilité accrue aux vaccins dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez (ou décrivez votre enfant). Veuillez cocher la case correspondant à la communauté raciale ou ethnique qui vous décrit (ou décrit votre enfant) le mieux.

Africain Noir Chinois Philippin Latino-américain Sud-asiatique Asiatique du Sud-Est Blanc
 Autochtone d'Amérique du Nord (Première Nation, Métis, Inuit) Autre Préfère ne pas répondre

Si vous vous identifiez (ou identifiez votre enfant) comme Autochtone d'Amérique du Nord, vous identifiez-vous (ou identifiez-vous votre enfant) comme :

Membre des Premières Nations Métis Inuit

LA PARTIE SUIVANTE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE QUI ADMINISTRE LES VACCINS

Consentement verbal			
Date: ____/____/____ aaaa/mm/jj	Nom :	Lein (parent/tuteur, subrogé légal ou désigné, client) :	Signature du fournisseur de soins de santé :

Consentement à l'aide d'un interprète		
Nom ou n° d'identification de l'interprète :	Téléphone :	Date: ____/____/____ aaaa/mm/jj

Vaccin	Date (A/M/J) :	N° de lot	Fabricant	Dose	Voie	Lieu d'injection	Signature du vaccinateur	Saisie des données
Antigrippal (dose habituelle)								
Antigrippal à haute dose								
COVID-19								
Antipneumococcique (Pneu-C-20)								

Renseignements additionnels	
Toutes les saisies doivent être signées	
Date aaaa/mm/jj	Remarques