

Please print this form on both sides

Homeroom: \_\_\_\_\_

CLSC file no: \_\_\_\_\_

SVP apposer l'étiquette pour la numérisation ici

**AUTHORISATION FOR VACCINATION, SECONDARY 3 AND 4, 2021-2022 YEAR**

SCHOOL \_\_\_\_\_

- CLSC de Benny-Farm
- CLSC de Côte-des-Neiges
- CLSC Métro
- CLSC René-Cassin
- Extraterritorial school

**THE STUDENT MUST BRING THE COMPLETED AND SIGNED FORM AND THEIR VACCINATION BOOKLET, WHETHER THE VACCINATION IS ACCEPTED OR NOT**

**1. IDENTIFICATION OF THE PERSON TO VACCINATE (in block letters)**

Last name:	First name:	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date of birth: _____ / _____ / _____ Year Month Day
------------	-------------	--	--

Health insurance number	Exp:
-------------------------	------

Address:	Postal code
----------	-------------

<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <b>Last, First Name :</b>	_____ - _____ - _____
--	-----------------------

<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <b>Last, First Name :</b>	_____ - _____ - _____
--	-----------------------

**2. MEDICAL INFORMATION ABOUT THE PERSON TO VACCINATE PLEASE PROVIDE THE VACCINATION BOOKLET**

**Has the person being vaccinated:**

1. Received two doses of Measles vaccine after the age of one year old? no  yes  **If yes, provide vaccination booklet**  
**Dates of the MEASLES vaccination #1 \_\_\_\_\_ #2 \_\_\_\_\_**
2. Received the tetanus vaccine in the past 5 years (e.g. booster or following an injury)? no  yes   
 ↪ Specify vaccine : \_\_\_\_\_ year: \_\_\_\_\_
3. ever had a serious allergic reaction that required emergency medical care? no  yes   
 ↪ if yes, specify to what: \_\_\_\_\_
4. Does this person have an immune system problem (leukaemia, chemotherapy, others)? no  yes
5. received a blood transfusion or immune globulin injection in the past 10 months? no  yes   
 ↪ if yes, which one(s): \_\_\_\_\_
6. Is this person pregnant? no  yes

**3. CONSENT – PLEASE NOTE THAT THE CONSENT IS VALID FOR ALL OF THE DOSES OF THE VACCINE. It may however be withdrawn at any time.**

*I am the person who can get vaccinated or the parent or guardian of a child under 14 years of age. I have read the information on the diseases, vaccines and side effects included with this form. If needed, I have contacted the school nurse or my CLSC to get answers to my questions.*

**Consent to (or refusal of) vaccination, please check the appropriate boxes:**

- |                                       |                                   |  |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> I consent to | <input type="checkbox"/> I refuse | the vaccination against <b>diphtheria and tetanus (dT – Adacel polio)</b><br>→ <b>1 dose between 14 and 16 years old is recommended</b>  |
| <input type="checkbox"/> I consent to | <input type="checkbox"/> I refuse | the vaccination against <b>meningococcus, type C (Neisvac C)</b><br>→ <b>A second dose after the age of 10 years old is recommended</b>  |
| <input type="checkbox"/> I consent to | <input type="checkbox"/> I refuse | the vaccination against <b>measles, mumps and rubella (Priorix) if necessary according to Quebec Immunization Protocol</b><br>→ <b>2 doses after the age of 1 year old are recommended</b> |
| <input type="checkbox"/> I consent to | <input type="checkbox"/> I refuse | the vaccination against <b>human papilloma virus (Gardasil-9 – Cervarix)</b><br>→ <b>2 doses after the age of 9 years old are recommended</b>  |
| <input type="checkbox"/> I consent to | <input type="checkbox"/> I refuse | the vaccination against <b>hepatitis A and B (Twinrix-Engerix B)</b><br>→ <b>1 dose of A and 2 doses of B are recommended</b>  |

<b>Signature of the student aged 14 or over</b>	Year / Month / Day
---	--------------------

<b>Signature of a parent/guardian if the student under 14 years old</b>	Year / Month / Day
---	--------------------

**SECTION RÉSERVÉE AUX VACCINATEURS**

**RÉVISION DE L'HISTORIQUE VACCINAL** (Cocher la case si vaccination à jour pour l'âge)  **Carnet de vaccination fourni**

dT + C ou Ca	Polio	RRO	HB	HA	Men-C-C	Statut vaccinal OK	VPH (X2 entre 9-17a)	Protégé varicelle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**À compléter le jour de la vaccination**

**Revalider la section 2**  
Contre-indication à la vaccination ?  
non  oui

**DÉCISION DE L'INFIRMIÈRE**  
(À compléter si l'évaluateur est différent du vaccinateur)

**Administrer les vaccins suivants** (cocher)

dT     dT polio     Men-C-C  
 VPH     RRO/RROV     Twinrix  
 Engerix B

Signature de l'infirmière

**VACCINS ADMINISTRÉS**

SVP inscrire la mention **DV** si l'élève est déjà vacciné ou immunisé.

**dT**, contenu du vial IM  
 **Adacel-polio**, contenu seringue IM  
 BG  BD  no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

SVP inscrire la mention **DV** si l'élève est déjà vacciné ou immunisé (vaccin reçu à l'âge de 10 ans ou après).

**Neisvac C**, contenu de la seringue IM  
 BG  BD  no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

SVP encercler le numéro de la dose administrée **1 - 2**

**Gardasil-9**, contenu du vial IM  
 **Cervarix**, contenu du vial IM  
 BG  BD  no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

SVP encercler le numéro de la dose administrée **1 - 2**

**Priorix** contenu du vial SC  
 BG  BD  no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

SVP encercler le numéro de la dose HB administrée **1 - 2**

**Twinrix** contenu de la seringue IM  
 **Engerix B** contenu de la seringue IM

BG  BD  no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

Signature du vaccinateur

Date et heure

Vaccination complétée oui  non

lettre pour la clinique rattrapage oui

**VACCINS MANQUANTS**

(SVP cocher et indiquer les doses manquantes)

**dT**

Dose #1  
 Dose #2 (1 mois post)  
 Dose #3 (6 mois post)

**polio**

Dose #1  
 Dose #2 (1 mois post)  
 Dose #3 (6 mois post)

**RRO**

Dose #1  
 Dose #2 (1 mois post)

**HB**

Dose #1  
 Dose #2 (6 mois post)

**HAHB**

Dose #1

**Men-C-C**

**VPH**

Dose #1  
 Dose #2 (6 mois post)

**Var**

Dose #1  
 Dose #2 (2 mois post)

Notes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CLINIQUE DE RATTRAPAGE**

**À compléter le jour de la vaccination**

**Revalider la section 2**  
Contre-indication à la vaccination ?  
non  oui

**Revalider la section 2**  
Contre-indication à la vaccination ?  
non  oui

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

Saisie des données  
Initiales du commis

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

Saisie des données  
Initiales du commis

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

Saisie des données  
Initiales du commis

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

Saisie des données  
Initiales du commis

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Dose: \_\_\_\_\_ BG  BD   
 contenu du vial/ seringue  
 no de lot: \_\_\_\_\_

Saisie des données  
Initiales du commis

Saisie des données  
Initiales du commis

Vaccination complétée oui  non

Vaccination complétée oui  non

Vaccination complétée oui  non

Vaccination complétée oui  non