

SVP apposer l'étiquette
pour la numérisation ici

AUTHORISATION FOR VACCINATION, SECONDARY 3(Grade 9), 2022-2023 YEAR

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

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

2. MEDICAL INFORMATION ABOUT THE PERSON TO VACCINATE

PLEASE PROVIDE THE VACCINATION BOOKLET

Has the person being vaccinated:

- 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 _____
- Received the tetanus vaccine in the past 5 years (e.g. booster or following an injury)? no yes
☞ Specify vaccine : _____ year: _____
- ever had a serious allergic reaction that required emergency medical care? no yes
☞ if yes, specify to what: _____
- Does this person have an immune system problem (leukaemia, chemotherapy, others)? no yes
- received a blood transfusion or immune globulin injection in the past 10 months? no yes
☞ if yes, which one(s): _____
- 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 It may however be withdrawn at any time.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:

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

Signature of the student aged 14 or over

Year / Month / Day

Signature of a parent/guardian if the student under 14 years old

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)

Administer 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 IMBG BD no de lot: _____Saisie des données
Initiales du commisSVP 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 IMBG BD no de lot: _____ Menjugate, contenu de la seringue IMBG 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 IMBG BD no de lot: _____Saisie des données
Initiales du commis

SVP encercler le numéro de la dose administrée 1 - 2

 Priorix contenu du vial SCBG 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 IMBG 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 _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis

Revalider la section 2

Contre-indication à la vaccination ?

non oui _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis _____Dose: _____ BG BD contenu du vial/ seringue

no de lot: _____

Saisie des données
Initiales du commis

Vaccination complétée

oui non

Vaccination complétée

oui non