

Foyer – Groupe – Classe : _____

Dossier CLSC N° : _____

SVP apposer l'étiquette
pour la numérisation ici

AUTORISATION DE VACCINATION 3^e SECONDAIRE, ANNÉE 2022-2023

ÉCOLE _____

- CLSC de Benny Farm
- CLSC de Côte-des-Neiges
- CLSC Métro
- CLSC René-Cassin
- École hors territoire

**L'ÉLÈVE DOIT SE PRÉSENTER AVEC CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ ET SIGNÉ
ET SON CARNET DE VACCINATION, MÊME SI LA VACCINATION EST REFUSÉE**

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À VACCINER (lettres moulées)

Nom :	Prénom :	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour
-------	----------	---	--

Numéro d'assurance-maladie	Exp :
----------------------------	-------

Adresse :	Code postal
-----------	-------------

<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur/trice Nom, Prénom :	_____
---	---	-------

<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur/trice Nom, Prénom :	_____
---	---	-------

2. INFORMATIONS MÉDICALES SUR LA PERSONNE À VACCINER VEUILLEZ FOURNIR LE CARNET DE VACCINATION

Est-ce que la personne à vacciner :

- a reçu le vaccin contre la rougeole après l'âge d'un an ? non oui si oui, joindre carnet de vaccination
Inscrire les dates du vaccin contre la ROUGEOLE #1 _____ #2 _____
- a reçu un vaccin contre le tétanos au cours des 5 dernières années (ex rappel ou suite à une blessure) ? non oui
↳ Si oui, nom du vaccin : _____ année : _____
- a déjà fait une réaction allergique grave nécessitant des soins médicaux d'urgence ? non oui
↳ si oui, préciser à quoi : _____
- souffre d'un problème avec son système immunitaire (leucémie, chimiothérapie, autres) ? non oui
- a reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 10 derniers mois ? non oui
↳ si oui, quel(s) produit(s) : _____
- est enceinte ? non oui

3. CONSENTEMENT – ATTENTION : LE CONSENTEMENT EST VALIDE POUR TOUTES LES DOSES DU VACCIN. Il peut cependant être retiré en tout temps

Comme personne qui pourrait être vaccinée ou comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, j'ai pris connaissance de l'information sur les maladies, vaccins et effets secondaires, renseignements joints à ce formulaire. Au besoin, j'ai contacté l'infirmière de l'école ou mon CLSC pour avoir des réponses à mes questions.

Consentement à (ou refus de) la vaccination, s.v.p. cocher aux endroits concernés :

- J'accepte Je refuse la vaccination contre la diphtérie et le tétanos (dT – Adacel polio)
→ Une dose entre 14 et 16 ans est recommandée
- J'accepte Je refuse la vaccination contre le méningocoque de type C (Neisvac C, Menjugate)
→ Deuxième dose à l'âge de 10 ans ou plus est recommandée
- J'accepte Je refuse la vaccination contre la rougeole-rubéole-oreillons (Priorix) nécessaire à la mise à jour de mon statut vaccinal
→ 2 doses à l'âge d'un an ou plus sont recommandées
- J'accepte Je refuse la vaccination contre le virus du papillome humain (Gardasil-9 – Cervarix)
→ 2 doses à l'âge de 9 ans ou plus sont recommandées
- J'accepte Je refuse la vaccination contre les hépatites A et B (Twinrix-Engerix B)
→ 1 dose de A et 2 doses de B sont recommandées

Signature de l'étudiant(e) de 14 ans et plus	Année / Mois / Jour
--	---------------------

Signature d'un parent/ tuteur de l'étudiant(e) de moins de 14 ans	Année / Mois / Jour
---	---------------------

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: _____

Menjugate, 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

 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

Vaccination complétée oui non

Vaccination complétée oui non