

Vaccination des enfants de moins de 14 ans

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'USAGE DES PARENTS/TUTEURS



ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

SECTION A - IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : AAAA / MM / DD

GENRE : M F

NOM DES PARENTS OU DU TUTEUR

MÈRE : _____

PÈRE : _____

TUTEUR : _____

SECTION B - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE L'ENFANT

1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence ?

OUI NON NE SAIS PAS

2. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. leucémie) ou d'un médicament (ex. chimiothérapie) ?

OUI NON NE SAIS PAS

3. Notez-vous un changement dans l'état de santé de votre enfant ?

OUI NON NE SAIS PAS

Si OUI, expliquez : _____

4. Votre enfant a-t-il déjà fait la varicelle, alors qu'il ou elle était âgé de plus d'un an ?

OUI NON NE SAIS PAS

Si OUI, inscrire l'âge approximatif de votre enfant lors de sa varicelle : _____

SECTION C - CONSENTEMENTS

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de cet enfant et à la transmission des renseignements personnels qui le concernent.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies avec ce formulaire. Pour toute explication additionnelle sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.

Acceptez-vous ou refusez-vous que votre enfant reçoive?

1. Vaccin contre : _____ Nom du vaccin : _____ J'accepte Je refuse

2. Vaccin contre : _____ Nom du vaccin : _____ J'accepte Je refuse

3. Vaccin contre : _____ Nom du vaccin : _____ J'accepte Je refuse

4. Vaccin contre : _____ Nom du vaccin : _____ J'accepte Je refuse

Signature de la mère, du père ou du tuteur

DATE : AAAA / MM / DD

Lien parental (mère, père ou tuteur)

RETOURNEZ CE FORMULAIRE SIGNÉ, QUE VOUS ACCEPTIEZ OU NON LA VACCINATION

Prévention
et contrôle
des maladies
infectieuses



Prevention
& Control
of Infectious
Diseases

ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
RÉGION RÉGIONALE DE LA SANTÉ
REGIONAL BOARD OF HEALTH
SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES