



## GRIPPE A (H1N1) VACCINATION OFFERTE EN MILIEU SCOLAIRE

### SECTION A

#### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

M  F   
SEXE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR  
DATE DE NAISSANCE

\_\_\_\_\_  
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS  
DATE D'EXPIRATION

ADRESSE

\_\_\_\_\_  
CODE POSTAL

NOM DU PÈRE

( )

( )

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – TRAVAIL

NOM DE LA MÈRE

( )

( )

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE - TRAVAIL

NOM DU TUTEUR (S'IL Y A LIEU)

( )

( )

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE

\_\_\_\_\_  
TÉLÉPHONE - TRAVAIL

### SECTION B

#### ÉCOLE FRÉQUENTÉE PAR L'ENFANT

NOM DE L'ÉCOLE :

\_\_\_\_\_

**SECTION C****ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE L'ENFANT**

1. Après avoir reçu un vaccin, est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction assez grave pour consulter un médecin ou pour se rendre à l'hôpital?  
 OUI  NON
2. Votre enfant, après l'ingestion d'œufs, a-t-il déjà présenté une allergie assez grave ayant nécessité immédiatement des soins médicaux?  
 OUI  NON
3. Votre enfant a-t-il des troubles de coagulation nécessitant un suivi médical régulier (ex. : baisse de plaquettes, troubles hémorragiques) ou la prise d'anticoagulants (ex. : coumadin, warfarine, warfilone, héparine)?  
 OUI  NON
4. Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique qui demande un suivi médical régulier (ex. : maladie cardiaque, diabète ou maladie pulmonaire comme l'asthme)?  
 OUI  NON
5. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament (ex. : chimiothérapie)?  
*Si votre enfant présente l'une de ses conditions, il est possible qu'une dose supplémentaire de vaccin soit nécessaire. Il faut en discuter avec le médecin traitant de l'enfant.*  
 OUI  NON

**SECTION D****CONSENTEMENT OU REFUS (DÉCISIONS) DU PARENT OU DU TUTEUR**

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de votre enfant. Un enfant de 14 ans et plus peut consentir lui-même à recevoir le vaccin. Le consentement à la vaccination de votre enfant implique que cette vaccination sera inscrite dans le registre provincial mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le feuillet d'information qui accompagne ce formulaire. Pour toute information additionnelle sur cette vaccination, nous vous invitons à consulter le site [pandemiequebec.qc.ca](http://pandemiequebec.qc.ca).

**Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre l'influenza de type A(H1N1). Ce consentement ou ce refus doit être coché par l'enfant de 14 ans et plus.**

- JE CONSENS** à ce que mon enfant soit vacciné contre la grippe A(H1N1) et soit déplacé vers le site de vaccination par le transporteur scolaire.
- JE REFUSE** que mon enfant soit vacciné contre la grippe A(H1N1).
- Mon enfant a déjà été vacciné** contre la grippe A(H1N1).

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature de la mère, du père ou du tuteur ou de l'enfant de 14 ans et plus**  
(SVP, utilisez un crayon à l'encre)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_