

Consentement pour le Vaccin contre la Grippe Saisonnière

Cher Parent/Tuteur légal;

Veuillez remplir ce formulaire si vous voulez que votre enfant reçoive le vaccin contre la grippe saisonnière. Les parents/tuteurs légaux ou un adulte autorisé doit/doivent être présent(s) lors de l'administration du vaccin.

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| Nom de Famille de l'Enfant: | | Prénom de l'Enfant: | | Âge: | Grade: |
| Adresse: | | N° de Téléphone du Domicile: N° de Téléphone Portable: N° de Téléphone du Travail: | | Date de Naissance: | |
| Enseignant: | Votre enfant a-t-il reçu un vaccin contre la grippe auparavant? | | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | A-t-il reçu uniquement une dose du vaccin contre la grippe lorsqu'il reçut le vaccin contre la grippe pour la première fois? | | | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Pour une protection maximale contre la grippe, Centers for Disease Control (CDC) (les Centres pour le Contrôle de Maladies) recommandent que les enfants âgés de moins de 8 ans, et qui vont recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière pour la première fois, reçoivent une deuxième dose dans l'espace de 4 semaines.

Si vous répondez **OUI** à **UNE** des questions ci-dessous, votre enfant **N'EST PAS** qualifié(e) pour recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière à cet emplacement. Veuillez emmener votre enfant à son médecin.

Si vous répondez **NON** à **TOUTES** les questions et vous voudriez que votre enfant reçoive le vaccin contre la grippe saisonnière, veuillez signer ci-dessous.

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Votre enfant est-il malade aujourd'hui ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. Votre enfant a-t-il/elle une allergie aux œufs, au thiomersal, à la néomycine, à la polymyxine B, à la kanamycine, à la gentamicine, au formaldéhyde, à la gélatine, à l'arginine, au saccharose, ou à d'autres composants du vaccin ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. Votre enfant a-t-il/elle développé une réaction sérieuse au vaccin contre la grippe saisonnière dans le passé ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Votre enfant a-t-il un précédent médical de Syndrome de Guillain-Barré ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Le Vaccin contre la Grippe ne peut être administré à aucun enfant qui soit malade le jour de la vaccination.

Déclaration de Consentement:

J'ai reçu et lu la Déclaration des Informations Sur le Vaccin (Vaccine Information Statement) (VIS) concernant le vaccin contre la grippe saisonnière. J'ai eu l'opportunité de poser des questions au sujet du vaccin. Je comprends que ce vaccin est approuvé pour des enfants sains et j'ai révisé les raisons pour lesquelles certains enfants ne devraient pas obtenir le vaccin contre la grippe saisonnière. Aucune de ces raisons ne s'applique à mon enfant. Je consens à ce que mon enfant soit vacciné(e) contre la grippe saisonnière.

Nom du parent/tuteur légal: _____ Signature du parent/tuteur légal: _____ Date: _____

Office Use Only (Uniquement pour usage interne)

| Vaccine | Mfgr/ Lot # | Exp. date | Dose/ Route | VIS Date |
|---------------------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|
| 1 st dose Influenza | | | | |
| 2 nd dose Influenza | | | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 2nd Dose Required: if less than 8 years old | Yes | No |
|------------------------------------------------------------------|-----|----|

1st Vaccine administered by: _____ Date: _____ 2nd Vaccine administered by: _____ Date: _____