

Formulaire de consentement à l'immunisation d'un adulte

Réservé à l'administration

Vérificateur : _____

Date : _____

Région : _____ Lieu : _____ Date : _____

A. Renseignements sur le client – Veuillez écrire en lettres moulées

Nom(s) de famille :	Prénom(s) :	Prénom(s) d'usage :
Adresse :	Ville ou village :	Code postal :
Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	Âge : _____	Prenom(s), p. ex., elle, il, pronom neutre de votre choix, etc. :
N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) :	N° d'identification personnel (NIP) (9 chiffres) :	
No de téléphone :	Courriel :	

B. Antécédents médicaux du client

1. Vous sentez-vous bien aujourd'hui?	Oui	Non
Si non, veuillez préciser : _____		
2. Avez-vous des allergies?	Oui	Non
Si oui, veuillez préciser : _____		
3. Avez-vous déjà eu une réaction ou une maladie grave après avoir reçu un vaccin?	Oui	Non
Si oui, veuillez préciser : _____		
4. Avez-vous des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin?	Oui	Non
Si oui, veuillez préciser : _____		
5. Votre système immunitaire est-il affaibli en raison d'un quelconque état de santé (p. ex., VIH, maladie de la rate, transplantation d'organes)?	Oui	Non
Si oui, veuillez préciser : _____		
6. Prenez-vous des médicaments ou recevez-vous (ou avez-vous reçu récemment) un traitement médical (p. ex., stéroïdes, chimiothérapie, radiothérapie, thérapie par immunoglobuline)?	Oui	Non
Si oui, veuillez les énumérer : _____		
7. Avez-vous reçu un vaccin au cours des quatre (4) dernières semaines?	Oui	Non
Si oui, veuillez préciser : _____		
8. Êtes-vous enceinte, prévoyez-vous le devenir ou allaitez-vous?	Oui	Non s.o.

C. Raisons de l'immunisation – À remplir uniquement dans les établissements de soins de longue durée et dans les établissements hospitaliers ou pour des raisons de santé professionnelle. Veuillez cocher UNE seule case.

1. Risque professionnel (travailleur de la santé, bénévole) 2. Résident de foyer de soins personnels 3. Environnement à haut risque (hôpital)
4. Routine (visiteur)

Si vous êtes travailleur des services de santé - indiquez votre milieu de travail principal :

Soins de longue durée Soins communautaires Soins de courte durée

Indiquez le nom de votre établissement ou bureau : _____

D. Les vaccins suivants seront administrés : (section à remplir par le fournisseur de soins de santé)

<input type="checkbox"/> Hépatite A (HAV)	<input type="checkbox"/> Antipneumococcique conjugué (Pneu-C-20)
<input type="checkbox"/> Hépatite B (VHB)	<input type="checkbox"/> Rage
<input type="checkbox"/> Immunoglobuline anti-hépatique B (IgHB)	<input type="checkbox"/> Immunoglobuline antirabique (RIg)
<input type="checkbox"/> Virus du papillome humain (VPH)	<input type="checkbox"/> Diphtérie, antioquelucheux acellulaire et tétanos (DCA)
<input type="checkbox"/> Vaccin antipoliomyélitique inactivé (VAI)	<input type="checkbox"/> Varicelle
<input type="checkbox"/> Rougeole, rubéole, oreillons (RRO)	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Vaccin antiméningococcique type B (4CMenB)	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Vaccin antiméningococcique conjugué ACYW (Men-C-ACYW)	<input type="checkbox"/> Autre

E. Consentement éclairé – Consultez la personne qui administre les vaccins si vous ne pouvez pas obtenir de signature

Remplissez UNE SEULE des options suivantes :

1. Consentement du client

- ☐ OUI – Je consens à recevoir le ou les vaccins choisis à la section D.
☐ OUI – Je consens à recevoir le ou les vaccins choisis à la section D, à l'exception de :

Veuillez indiquer le ou les vaccins pour lesquels vous NE DONNEZ PAS votre consentement.

- ☐ NON – JE NE CONSENS PAS à recevoir le ou les vaccins choisis à la section D.

Si possible, veuillez expliquer la raison : _____

Date : _____

Signature : _____

Consentement du subrogé légal ou désigné

- ☐ OUI – Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins choisis à la section D.
☐ OUI – Je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins choisis à la section D, à l'exception de :

Veuillez indiquer le ou les vaccins pour lesquels vous NE DONNEZ PAS votre consentement.

- ☐ NON – JE NE CONSENS PAS à ce que la personne susmentionnée reçoive le ou les vaccins choisis à la section D.

Si possible, veuillez expliquer la raison : _____

Nom : _____

Lien : _____ N° de téléphone : _____

Courriel : _____

Date : _____ Signature : _____

Des fiches d'information sur les bienfaits et les risques des vaccins se trouvent au : www.manitoba.ca/health/publichealth/cdc/div/vaccines.fr.html. J'ai compris les renseignements concernant les risques et les avantages liés à la vaccination à laquelle je consens, y compris les effets secondaires possibles de la vaccination. Comme certains vaccins nécessitent plus d'une dose dans l'année, mon consentement s'applique à toutes les doses du ou des vaccins nécessaires pour compléter la série jusqu'à un an, à moins que je ne retire mon consentement. J'ai pu poser des questions sur la vaccination et recevoir des réponses satisfaisantes.

Avis – Le ministère de la Santé est autorisé à recueillir les renseignements personnels et les renseignements personnels médicaux sur le présent formulaire en vertu du paragraphe 13 (1) de la Loi sur les renseignements médicaux personnels et de l’alinéa 36 (1) b) de la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée, car ils sont recueillis aux fins d’immunisation. Les données relatives aux vaccins que vous recevez seront conservées dans le registre d’immunisation provincial. Les données recueillies dans le registre d’immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d’immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu’une vaccination a été manquée. La Loi sur les renseignements médicaux personnels protège vos renseignements. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles par les fournisseurs de soins de santé. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter la page au www.manitoba.ca/health/publichealth/surveillance/phims.fr.html ou communiquer avec votre bureau de la santé publique local pour parler à une infirmière de la santé publique au www.manitoba.ca/health/publichealth/offices.fr.html.

F. Identité raciale, ethnique ou autochtone

Depuis mai 2020, Santé publique recueille des renseignements sur l’identité raciale, ethnique et autochtone des personnes. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer les besoins d’accessibilité accrue aux vaccins dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d’identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. Veuillez cocher la case correspondant à la communauté raciale ou ethnique qui vous décrit le mieux :

- ☐ Africain Noir
- ☐ Chinois
- ☐ Philippin
- ☐ Latino-Américain
- ☐ Sud-asiatique
- ☐ Sud-est asiatique
- ☐ Blanche
- ☐ Autochtone d’Amérique du Nord (membre des Premières Nations, Métis, Inuit)
- ☐ Autre(s)
- ☐ Préfère ne pas répondre

Si vous avez coché Autochtone d’Amérique du Nord, veuillez cocher le groupe auquel appartient votre enfant :

- ☐ Premières Nations
- ☐ Métis
- ☐ Inuit

LA PARTIE SUIVANTE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LA PERSONNE QUI ADMINISTRE LES VACCINS

Consentement verbal

Date : ____/____/____ aaaa/mm/jj	Nom :	Lien (parent/tuteur, subrogé légal ou désigné, client) :	Signature du fournisseur de soins de santé :
-------------------------------------	-------	--	--

Consentement à l’aide d’un interprète

Nom ou no d’identification de l’interprète :	N° de téléphone :	Date : ____/____/____ aaaa/mm/jj
--	-------------------	-------------------------------------

Date aaaa/mm/jj	Vaccin	N° de lot	Fabricant	Dose	Voie	Lieu d’in- jection	Signature du vaccina- teur	Saisie des don- nées

Renseignements additionnels

Toutes les saisies doivent être signées.

Date aaaa/mm/jj	Remarques :

LA PARTIE SUIVANTE EST POUR LE TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE

Consentement du client

☐ OUI – Je consens à subir le test cutané à la tuberculine (TCT).

Date : _____

Signature : _____

☐ NO – Je ne consens pas à subir le test cutané à la tuberculine (TCT).

Si possible, veuillez expliquer la raison : _____

Date: _____

Signature : _____

Test cutané à la tuberculine

Date aaaa/mm/jj	Heure de l’injection HH:MM	N° de lot	Fabricant	Dose	Voie	Lieu d’injec- tion	Date de lecture aaaa/mm/jj	Durée HH:MM	Résultat (inclure la lecture du TCT en mm)	Signature du vaccinateur	Saisie des données