



2010-2011 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE DANS LES ECOLES

NOM DE L'ECOLE	CLASSE
----------------	--------

SECTION 1: RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT (VEUILLEZ ECRIRE EN TOUTES LETTRES)

Nom de famille de l'élève	Prénom	(IM)	Date de naissance de l'élève Mois _____ Date _____ Année _____	
Nom de famille du parent/tuteur légal	Prénom	(IM)	Age de l'élève	Sexe de l'élève Fille† Garçon†
Adresse			Numéro de téléphone pendant le jour du parent/tuteur:	
Ville	Etat	Code Postal	Nom du pédiatre de santé de votre enfant	

SECTION 2: RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE MEDICALE

Indiquez le fournisseur d'assurance maladie de votre enfant (ou indiquez si votre enfant n'a pas d'assurance maladie). <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan <input type="checkbox"/> Federal Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Tufts <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Pas d'assurance <input type="checkbox"/> Rite Care <input type="checkbox"/> Autre (précisez):	Si votre enfant a une assurance maladie, veuillez indiquer son numéro d'identification:
---	---

SECTION 3: ELIGIBILITE POUR LA PRISE DE VACCIN

A. Si vous répondez "OUI" à une/plusieurs questions ci-dessous (1-4), votre enfant <u>ne pourra pas</u> être vacciné à l'école. Contactez le médecin de votre enfant pour discuter d'autres options.		OUI	NON
1. Est-ce que votre enfant est sévèrement allergique aux œufs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction sévère due à un vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que votre enfant a déjà eu le Syndrome de Guillain-Barré (un type de faiblesse musculaire temporaire sévère) après avoir reçu le vaccin contre la grippe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que votre enfant est enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Veuillez répondre aux questions suivantes à propos du dossier médical de votre enfant.		OUI	NON
5. Est-ce que votre enfant a d'autres allergies sévères? Veuillez les citer:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que votre enfant a reçu des vaccins (pas seulement contre la grippe) ces 30 derniers jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Est-ce que votre enfant a de l'asthme, le diabète ou une maladie des poumons, du cœur, des reins, du foie, des nerfs ou du sang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Est-ce que votre enfant est sous traitement à long terme d'aspirine ou de remède contenant de l'aspirine ? (Par exemple, est-ce que votre enfant prend de l'aspirine tous les jours?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Est-ce que votre enfant a un système immunitaire affaibli par le HIV, cancer, ou médicaments tels que des stéroïdes ou des médicaments utilisés pour le traitement du cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 4: CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION DE L'ENFANT A L'ECOLE

J'ai répondu NON aux questions dans Section 3A (1-4) ci-dessus. J'ai lu, ou on m'a expliqué la Déclaration sur le vaccin injectable contre la grippe 2010 et la Déclaration sur le vaccin nasal contre la grippe 2010. Je connais les bienfaits et les risques du vaccin et demande à ce que le vaccin contra la grippe soit administré à l'élève nommé ci-dessus pour lequel je suis autorisé à faire cette demande.

Je sais que je peux lire une Déclaration de Confidentialité une lors de la vaccination.

Signature du parent/tuteur légal _____ Date: _____

SECTION 5: RESERVE A L'ADMINISTRATION VIS Date: 8/10/2010

Vaccin	Date d'administration de dose	Voie	Fabricant	Numéro du lot	Nom et titre de la personne administrant le vaccin
Influenza		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal			