



2012-2013 GRIPPE SAISONNIÈRE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UNE VACCINATION À L'ÉCOLE

Nom de Famille (<i>Lettres d'imprimerie</i>) Prénom		2e Prénom	Date de Naissance Mois ___ Jour ___ Année ___	Homme ___ Femme ___
Adresse		Ville	État	Code Postal
Téléphone	Email		Nom du médecin de famille	
Si étudiant, écrivez le nom de l'école qu'il fréquente:			Classe	Age
Race: (Cochez une ou plusieurs) <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Indien de l'Amérique ou Alaska Native <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï ou autre des îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Inconnu ou d'autres Race(s) _____				
Ethnicité: <input type="checkbox"/> Non Hispanique ou Latino <input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino <input type="checkbox"/> Inconnu				

ASSURANCE SANTÉ

Indiquer assurance et numéro d'adhérent – veuillez inclure tous les caractères.

<input type="checkbox"/> Blue Cross & Blue Shield _____	<input type="checkbox"/> Tufts _____
<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan _____	<input type="checkbox"/> Cigna _____
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Numéro d' Adhérent _____	Numéro Groupe _____
<input type="checkbox"/> Medicare _____	<input type="checkbox"/> Autre/Pas d'assurance - 19 ans et plus - 20 \$, étudiants de moins de 19 ans - 0 \$

PROCÉDURE DE SÉLECTION D'ÉLIGIBILITÉ AU VACCIN

Si "OUI" à l'une des questions 1 à 4, nous ne pouvons pas vacciner à l'école. Veuillez contacter un médecin.

1. Votre enfant, est-il allergique aux oeufs ?	OUI	NON
2. A-t-il déjà eu une réaction sérieuse à des vaccins antigrippe nécessitant l'attention d'un médecin?	OUI	NON
3. A-t-il eu le syndrome de Guillain-Barre (faiblesse sévère des muscles) suite à un vaccin antigrippe?	OUI	NON
4. Est-il allergique au Thimerosal ou au Latex?	OUI	NON

Répondez aux questions suivantes SEULEMENT si vous préférez un vaccin intranasal (FluMist).

1. Votre enfant, a t-il reçu un vaccin (pas seulement antigrippe) dans les 30 derniers jours?	OUI	NON
2. A-t-il de l'asthme, du diabète ou une maladie pulmonaire, du coeur, des reins, du foie, des nerfs, du sang?	OUI	NON
3. Suit-il un traitement à long terme à l'aspirine ou de ses dérivés (aspirine tous les jours)?	OUI	NON
4. Possède-t-il un système immunitaire faible suite au SIDA, au cancer, ou à des médicaments type stéroïdes?	OUI	NON

CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION À L'ÉCOLE

S'il vous plaît cocher une case: vaccin injectable vaccin FluMist (intranasal)

J'ai répondu "NON" aux questions 1 à 4. J'ai lu, ou me suis fait lire, les informations de la déclaration concernant le vaccin injectable 2012 et/ou la déclaration concernant le vaccin intranasal 2012. Je comprends les bénéfices et les risques de ce vaccin.
Le vaccin choisi ci-dessus doit être administré à la personne nommée ci-dessus pour laquelle je suis autorisé à faire cette requête. Je comprends que je peux lire l'avis de confidentialité au moment de la vaccination.

Signature du Parent/Tuteur/Patient _____ Date _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

VIS Date: 07/02/2012

Vaccine	Date Given	Route	Manufacturer	Lot No.	Signature of Vaccine Administrator
Influenza		IM R L Intranasal			