



DT9592

## CONSETEMENT À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 POUR LES USAGERS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS

**IMPORTANT** - Date de remise à l'école: 14 mars 2022

**NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT (USAGER)**

Nom et prénom de l'usager					
Nom et prénom de la mère					
Nom et prénom du père (optionnel)					
Date de naissance	Année	Mois	Jour	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° d'assurance maladie			Année		
			Mois		
Adresse (N°, rue)			Expiration		
Ville				Code postal	

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'école :		Groupe :	
Personne autorisée à consentir à la vaccination (nom, prénom) :		Statut : <input type="checkbox"/> Autorité parentale <input type="checkbox"/> Tuteur	
Ind. rég. N° de téléphone résidence	Ind. rég. Autre N° téléphone	<input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail	
Adresse courriel :			

### USAGERS ÂGÉS DE MOINS DE 14 ANS

(Un consentement écrit n'est pas nécessaire pour les jeunes âgés de 14 ans et plus.  
Ces derniers peuvent consentir eux-mêmes à la vaccination.)

### QUESTIONNAIRE PRÉ-IMMUNISATION

	QUESTIONS LIÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT	OUI	NON	S.O. ou NSP	PRÉCISION
1.	<b>Problèmes de santé</b> Est-il dans l'une des deux situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il a déjà eu un test positif pour la COVID-19.</li> <li>• Il a des symptômes de la COVID-19.</li> <li>• Vous avez remarqué un changement récent dans son état de santé (p. ex. : apparition de symptômes inhabituels).</li> <li>• Il a une condition de santé qui nécessite un suivi médical ou une prise régulière de médicaments.</li> </ul> Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Immunodépression</b> Est-il dans l'une des deux situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il prend des médicaments immunodépresseurs.</li> <li>• Il souffre d'une maladie qui affaiblit son système immunitaire, comme un cancer.</li> </ul> Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez le nom des médicaments ou de la maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Réactions antérieures</b> A-t-il déjà fait une réaction importante (autre qu'une allergie alimentaire, saisonnière ou une allergie aux animaux) après avoir reçu un vaccin ou un autre produit ayant nécessité une visite à l'hôpital? Si oui, précisez à quel produit était liée cette réaction.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Trouble de la coagulation</b> A-t-il ou a-t-il eu un trouble de la coagulation (p. ex. : thrombose, thrombocytopenie) nécessitant un suivi médical ou prend-il des médicaments anticoagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<b>Produits immunisants ou sanguins</b> Est-il dans l'une des deux situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il a reçu un vaccin dans les 14 derniers jours.</li> <li>• Il a reçu un traitement contre la COVID-19 à l'hôpital dans les 90 derniers jours.</li> </ul> Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, précisez le nom du traitement ou des vaccins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Légende :**  
 S.O. : Sans objet  
 NSP : Ne sait pas

Nom et prénom de l'utilisateur	N° de dossier
--------------------------------	---------------

### CONSENTEMENT (DÉCISION) DU PARENT OU DU TUTEUR

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à sa vaccination.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le feuillet joint à ce formulaire.

Lorsque vous donnez votre consentement, il s'applique également à la deuxième dose du vaccin à ARN messager contre la COVID-19 (Pfizer).

Si votre enfant a déjà eu un test positif à la COVID-19, le vaccinateur décidera du nombre de doses requises après évaluation. Dans ce cas, il est possible qu'une seule dose soit nécessaire.

**Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre la COVID-19 avec le vaccin à ARN messager contre la COVID-19 (Pfizer).**

À tout moment, vous pouvez modifier votre consentement.

- JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive la 1<sup>re</sup> dose contre la COVID-19
- JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive la 2<sup>e</sup> dose contre la COVID-19
- JE REFUSE que mon enfant soit vacciné contre la COVID-19.
- NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné.

Signature du parent ou du tuteur :		Date	Année	Mois	Jour

### CONSENTEMENT - TRANSMISSION DES DONNÉES

**Votre consentement est requis pour permettre au Centre de services scolaire de transmettre les données nécessaires pour la vaccination.**

- Je consens à ce que les données soient acheminées au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue).**  
(nom de l'élève, date de naissance, noms des parents, courriel au dossier de l'élève, numéro de cellulaire des parents)