



Ce formulaire peut être imprimé en copie papier.

N° d'assurance-maladie : _____
 Province/Territoire : _____ Échéance : _____
 Nom : _____
 Date de naissance : _____ Genre M F Non binaire
 Adresse postale : _____
 Ville : _____
 Province/Territoire : _____ Code postal : _____
 Téléphone : (Indiquez la préférence) Domicile _____
 Cell. _____ Travail _____

Consentement à la vaccination contre la grippe saisonnière et dossier d'immunisation

Régie de santé de l'Est Régie de santé du Centre Régie de santé de l'Ouest Régie de santé de Labrador-Grenfell
Groupe d'âge : 6 mois - 4 ans* 5 - 8 ans* 9 - 19 ans 20 - 44 ans 45 - 64 ans 65 ans et +

* Il est recommandé aux enfants âgés de 6 mois à moins de 9 ans qui reçoivent le vaccin antigrippal pour la première fois de recevoir deux (2) doses de vaccin espacées d'au moins quatre semaines.

Questions d'examen préalable	Cochez toutes les cases appropriées		
	Oui	Non	Incertain
Si votre enfant a moins de 9 ans, reçoit-il le vaccin antigrippal pour la première fois?* (voir le texte ci-dessus en gras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou votre enfant avez des antécédents d'allergies? (médicaments, vaccins, œufs, aliments). Si oui, veuillez les énumérer :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou votre enfant avez des problèmes de santé antérieurs ou actuels? Si oui, veuillez les décrire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que vous ou votre enfant avez déjà eu une réaction à un vaccin contre la grippe (yeux rouges, urticaire, éruption cutanée ou difficulté à respirer)? Si oui, veuillez les décrire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réactions indésirables

1. Les effets secondaires les plus courants de l'injection sont une douleur et une rougeur au point d'injection, qui peuvent durer jusqu'à 2 jours.
2. Les effets secondaires moins fréquents : maux de tête, douleurs musculaires, yeux rouges, toux, irritabilité et mal de gorge.
3. Les réactions allergiques telles que les problèmes respiratoires et l'urticaire sont très rares et peuvent survenir avec une sensibilité extrême à certains composants du vaccin.

CONSENTEMENT

Je comprends les informations concernant les avantages et les risques du vaccin antigrippal fournies par le prestataire de soins de santé.

J'ACCEPTE que moi-même ou la personne à ma charge recevions le vaccin contre la grippe saisonnière, et deux (2) doses pour les enfants de moins de neuf (9) ans qui n'ont pas été vaccinés auparavant contre la grippe saisonnière.

JE CONSENS à ce que le prestataire de soins de santé divulgue mes renseignements personnels ou ceux de la personne à ma charge et les renseignements personnels sur la santé au Newfoundland and Labrador Centre for Health Information afin qu'ils soient ajoutés à mon profil de santé électronique ou à celui de la personne à ma charge.

Signature : _____

Lien avec l'enfant/la personne : _____

Date : _____

À remplir par le prestataire de soins de santé qui administre le vaccin antigrippal

<input type="checkbox"/> Contre-indication	Motif de contre-indication	Nom du vaccinateur en caractères d'imprimerie
		Signature

Dossier d'immunisation

Date et heure	Vaccin	N° de lot	Dose	Voie	Site	Nom du vaccinateur en caractères d'imprimerie
			0,5mL	Intramusculaire		Signature
			0,5mL	Intramusculaire		Nom du vaccinateur en caractères d'imprimerie
						Signature

Dépôt : _____ Programme : _____ Site où est abrité le vaccin : _____ Lieu : _____

Ces renseignements personnels sur la santé sont recueillis et utilisés en vertu de l'article 29 et des alinéas 34(a) et (m) de la *Personal Health Information Act*, et seront utilisés pour déterminer l'admissibilité à la vaccination antigrippale et pour surveiller l'utilisation du vaccin par l'organisation. Si vous avez des préoccupations concernant la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements de santé personnels, veuillez communiquer avec le bureau de protection de la vie privée de votre organisation.

D0008OCT20