Formulaire de consentement pour les vaccins de la saison respiratoire

(À l'usage exclusif du vaccinateur. Nul besoin de faxer pour l'entrée des données dans la Solution d'information sur la Santé publique-SISP)

Nom du client (en lettres moulées) recevant le(s) vaccin(s) et date de naissance : _____

	OUI	NON
Présentez-vous des symptômes de la grippe ou de la COVID-19 aujourd'hui ?	○	○
Souffrez-vous d'allergies ou êtes-vous allergique à un composant du vaccin ? Si oui, veuillez préciser : _____	○	○
Avez-vous déjà eu une réaction grave (p. ex. anaphylaxie) ou un diagnostic de trouble médical (p. ex. syndrome de Guillain-Barré) après avoir reçu un vaccin ? Si oui, veuillez préciser : _____	○	○
Avez-vous un diagnostic de troubles médicaux ou de problèmes immunitaires ?	○	○
Prenez-vous des anticoagulants (médicaments éclaircissant le sang) ou souffrez-vous d'un trouble hémorragique ?	○	○
Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous tomber enceinte ? Allaitez-vous ?	○	○

Renseignements supplémentaires pour les vaccins contre la COVID-19 :

1. À quand remonte votre dernière dose de vaccin contre la COVID-19 ? _____
2. Avez-vous obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 au cours des trois derniers mois ? _____
   (Si oui, il est recommandé d'attendre de trois mois avant de recevoir le vaccin).
3. Avez-vous déjà eu le syndrome inflammatoire multisystémique ?
   ○ Oui ○ Non
4. Avez-vous eu une myocardite ou une péricardite dans les six semaines suivant un vaccin contre la COVID-19 ?
   ○ Oui ○ Non

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Aujourd'hui, je confirme ce qui suit :

- J'ai lu l'information qu'on m'a donnée concernant le ou les vaccins qui me sont offerts aujourd'hui.
- Je connais et je comprends les risques, les avantages et les effets secondaires courants des vaccins.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant les vaccins et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
- Je comprends que je peux retirer à tout moment mon consentement en informant le fournisseur de soins de santé qui administre les vaccins.
- Je confirme que j'ai l'autorité légale de consentir à cette vaccination.

Si vous acceptez de fournir tous les renseignements demandés dans le présent formulaire, vous devez savoir que cette décision constitue un consentement à la collecte et à la divulgation de vos renseignements personnels. La collecte et la divulgation de renseignements personnels sont protégées par la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (**LDIPVP**) et la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (**LAPRPS**) et par toute autre loi, tout autre règlement ou toute autre politique applicable. Si vous voulez en savoir davantage sur vos droits en matière de protection de la vie privée, consultez le site du **ministère des Finances et du Conseil du Trésor du gouvernement du Nouveau-Brunswick.**

NE REMPLISSEZ QUE L'UNE DES DEUX OPTIONS SUIVANTES :

Option 1 : Consentement du parent/du tuteur légal/mandataire spécial	**Option 2 :** Consentement du client (y compris le mineur mature)
Par la présente, j'autorise la personne susmentionnée à recevoir les vaccins suivants : ○ Vaccin antigrippal ○ Vaccin contre le pneumocoque ○ Vaccin contre le virus respiratoire syncytial ○ Vaccin contre la COVID-19 Lien avec le client (parent/tuteur légal/mandataire spécial) : _____	Par la présente, j'accepte de recevoir les vaccins suivants : ○ Vaccin antigrippal ○ Vaccin contre le pneumocoque ○ Vaccin contre le virus respiratoire syncytial ○ Vaccin contre la COVID-19

Nom de la personne (imprimé) donnant son consentement pour le client		Signature de la personne donnant son consentement pour le client	_____ Signature du client :	Date (AAAA/MM/JJ)	

25-02015

New Nouveau Brunswick