

Formulaire de consentement pour les vaccins contre la grippe, le pneumocoque et la COVID-19

Conformément à la *Loi sur la santé publique* du Nouveau-Brunswick, la vaccination financée par les fonds publics doit être signalée à Santé publique Nouveau-Brunswick dans la semaine suivant l'administration. Si le fournisseur n'a pas accès à la Solution d'information sur la santé publique (SISP), à la facturation avec l'Assurance-maladie (pour les médecins et les infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens [IP]) ou au Système d'information sur les médicaments (pour les pharmacies), veuillez envoyer le présent formulaire à l'équipe d'entrée des données de Santé publique de la façon suivante :

1. **Envoyez les consentements par télécopieur** au 1-833-415-1830 en utilisant une feuille couverture comprenant le nom de l'établissement ou de la clinique de vaccination et le nombre total de consentements envoyés. **S'il vous plaît envoyer aussi un courriel** à coviddataentry@gnb.ca pour confirmer le nom de l'établissement ou de la clinique de vaccination et le nombre total de consentements envoyés.
2. Si l'envoi par télécopieur n'est pas une option, veuillez envoyer un courriel à coviddataentry@gnb.ca pour obtenir les directives appropriées sur l'envoi des consentements par la poste.

Section 1

Renseignements personnels

Nom de famille		Prénom		N° d'assurance-maladie		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
N° de téléphone à domicile		N° de téléphone cellulaire		Courriel			
Adresse civique				Ville		Province	Code postal
Sexe (<i>laissez ce champ vide si vous préférez ne pas l'indiquer</i>) Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>				Raison de la vaccination Établissement résidentiel pour adultes/foyer de soins <input type="checkbox"/> Travailleurs de la santé <input type="checkbox"/>			

Section 2

* Veuillez passer en revue les informations relatives aux vaccins avec la personne à vacciner afin d'obtenir un consentement éclairé.

	Oui	Non
Présentez-vous des symptômes de la grippe ou de la COVID-19 aujourd'hui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'allergies ou êtes-vous allergique à un composant du vaccin? Si oui, veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une réaction grave (p. ex. anaphylaxie) ou une condition diagnostiquée (p. ex. syndrome de Guillain-Barré) après avoir reçu un vaccin? Si oui, veuillez préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des troubles médicaux ou des problèmes immunitaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des anticoagulants (médicaments éclaircissant le sang) ou souffrez-vous d'un trouble hémorragique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous tomber enceinte ou allaitez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renseignements supplémentaires pour les vaccins contre la COVID-19 :		
1. Quelle est la date de 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 six derniers mois? Si oui, veuillez préciser la date du test de dépistage positif : _____		
3. Avez-vous déjà eu le syndrome inflammatoire multisystémique? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
4. Avez-vous souffert d'une condition connue sous le nom de myocardite ou péricardite dans les 6 semaines suivant l'administration d'un vaccin contre la COVID-19? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

Section 3

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 mes 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 immunisation.

Si vous décidez de fournir tous les renseignements demandés dans le présent formulaire, il est important de savoir que leur inclusion 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 toute autre loi, tout autre règlement ou toute autre politique applicable. Si vous désirez en savoir davantage sur vos droits en matière de protection de la vie privée, consultez le [ministère des Finances et du Conseil du Trésor du gouvernement du Nouveau-Brunswick](#).

Veillez remplir seulement l'UNE des deux options suivantes :

Option 1 : Consentement du parent/du tuteur/mandataire légal		Option 2 : Consentement du client (y compris le mineur mature)	
Par la présente, j'autorise la personne susmentionnée à recevoir les vaccins suivants :		Par la présente, j'accepte de recevoir les vaccins suivants :	
<input type="checkbox"/> Vaccin antigrippal à haute dose (<i>personnes de 65 ans et plus</i>) <input type="checkbox"/> Vaccin antigrippal à dose standard (<i>personnes de 6 mois à 64 ans</i>) <input type="checkbox"/> Vaccin antigrippal FluMist (<i>personnes de 2 à 17 ans seulement</i>) <input type="checkbox"/> Vaccin contre le pneumocoque <input type="checkbox"/> Vaccin contre la COVID-19		<input type="checkbox"/> Vaccin antigrippal à haute dose (<i>personnes de 65 ans et plus</i>) <input type="checkbox"/> Vaccin antigrippal à dose standard (<i>personnes de 6 mois à 64 ans</i>) <input type="checkbox"/> Vaccin antigrippal FluMist (<i>personnes de 2 à 17 ans seulement</i>) <input type="checkbox"/> Vaccin contre le pneumocoque <input type="checkbox"/> Vaccin contre la COVID-19	
Relation avec le client (parent/tuteur/mandataire légal) :			
Nom de la personne qui donne consentement/ client (caractères d'imprimerie)		Signature de la personne qui donne consentement/ client	Date (AAAA-MM-JJ)

Section 4

Administration de vaccins

Nom du vaccin administré	N° de lot	Date de péremption	Site	Voie d'administration	Posologie	Date d'administration (AAAA-MM-JJ)
Nom complet du vaccinateur (caractères d'imprimerie)		Signature du vaccinateur				Désignation