

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT VACCINATION SECONDAIRE 3 COHORTE 2026-2027

N° de dossier (à l'usage du CLSC)			
Nom de l'utilisateur		Prénom de l'utilisateur	
Date de naissance	Année	Mois	Jour
Assurance Maladie (RAMQ)	Expiration	Année	Mois
Adresse			
Ville		Code Postal	

- Remplissez toutes les sections du formulaire, y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
- Signez le formulaire (l'élève doit signer pour son formulaire si âgé de 14 ans et plus)

A. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES DE L'ÉLÈVE À VACCINER				
Nom de l'école :		Code permanent :		
Groupe/Foyer :				
Nom à la naissance, prénom du parent 1 :	Nom à la naissance, prénom du parent 2 :	Nom à la naissance, prénom du tuteur :		
Téléphone :		Courriel :		
B. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DE L'ÉLÈVE À VACCINER			Oui	Non
1. A déjà eu une réaction allergique grave suite à l'administration d'un vaccin qui a nécessité des soins médicaux d'urgence ? Si oui, Préciser :			☐	☐
2. A déjà eu une réaction grave lors d'une vaccination, ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ? Si oui, précisez :			☐	☐
3. A des problèmes de santé graves (ex : allergies sévères, convulsions, troubles de coagulation nécessitant un suivi) ? Si oui, précisez :			☐	☐
4. A une maladie affectant le système immunitaire ou prend des médicaments qui peuvent affaiblir son système immunitaire (ex. : cancer et ses traitements, VIH/sida, greffes) ? Si oui, précisez :			☐	☐
5. Prend des médicaments qui contiennent de l'acide acétylsalicylique (AAS, ex. : aspirine) ?			☐	☐
6. A reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois ?			☐	☐
7. A reçu le vaccin contre la rougeole après l'âge d'un an ? Si oui, joindre carnet de vaccination. Inscrire les dates du vaccin contre la ROUGEOLE : #1 #2			☐	☐
8. A déjà fait la maladie de la varicelle (picote) ? Si oui, en quelle année ou à quel âge ?			☐	☐
9. Autres particularités pouvant affecter la vaccination de l'élève ? Si oui, précisez :			☐	☐
C. CONSENTEMENT				
Si votre enfant est âgé de moins de 14 ans, comme parent ou tuteur, vous devez prendre la décision relative à sa vaccination. Si vous avez 14 ans ou plus, vous pouvez consentir vous-même à recevoir des soins de santé, y compris la vaccination.				
Le carnet/dossier de vaccination de l'élève seront analysés pour déterminer si les vaccins consentis sont recommandés. L'élève ne se verra administrer aucun vaccin pour lequel il est à jour. Si aucune preuve de vaccination n'est disponible, il est présumé que l'élève n'a pas reçu le(s) vaccin(s) et il lui sera recommandé de les recevoir.				
Les vaccins utilisés sont fournis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et nous ne sommes pas en mesure de fournir des marques spécifiques.				
Si vous avez d'autres questions sur cette vaccination, nous vous invitons à vous adresser à votre CLSC ou votre infirmière(ier) scolaire.				
☐ Je consens	☐ Je refuse	La vaccination contre la diphtérie et le tétanos (+ poliomyélite et coqueluche, le cas échéant) → Une (1) dose entre 14 et 16 ans est recommandée.		
☐ Je consens	☐ Je refuse	La vaccination contre le méningocoque de type Men-C-ACWY → Une (1) dose à l'âge de 10 ans ou plus est recommandée.		
☐ Je consens	☐ Je refuse	La vaccination contre l'hépatite B → Deux (2) à trois (3) doses d'hépatite B sont recommandées.		
☐ Je consens	☐ Je refuse	Toute autre vaccination nécessaire à la mise à jour du statut vaccinal selon les recommandations du Protocole d'Immunisation du Québec (VPH - Rougeole - Rubéole - Oreillons - Varicelle - Hépatite A)		
Signature : _____			Date : _____	
☐ de l'élève âgé(e) de 14 ans et plus ou ☐ titulaire de l'autorité parentale si l'élève a moins de 14 ans				

SECTION RÉSERVÉE AUX VACCINATEURS									
RÉVISION DE L'HISTORIQUE VACCINAL (pré-vaccination) - indiquer le nombre de doses manquantes si pas à jour									
ID SI-PMI :									
☐ Double identification		☐ Carnet de vaccination		☐ Vérification du SI-PMI		☐ Primo-vaccination			
dT	dcaT	Polio	RRO	HA	HB	Men-ACWY	Varicelle	VPH	Statut vaccinal
☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour
ÉVALUATION									
Présente une maladie aiguë, modérée, ou grave, avec ou sans fièvre?					T° C (le cas échéant) :		☐ Oui ☐ Non		☐ Non
A reçu un vaccin ou fait un test TCT dans les 4 dernières semaines?							☐ Oui ☐ Non		☐ Non
Est enceinte ?							☐ Oui ☐ Non		☐ Non
A une contre-indication à une vaccination? Si oui, préciser.							☐ Oui ☐ Non		☐ Non
Information / Bénéfices et effets secondaires expliqués?							☐ Oui ☐ Non		☐ Non
Attente x 15 min demandé ?							☐ Oui ☐ Non		☐ Non
Commentaires :									
DÉCISION DE L'INFIRMIÈRE									
Administrer les vaccins suivants :									
dT/dcaT	dcaT-Polio	Men-C-ACWY	HB	HA	VPH	RRO	Var		
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
Coordonnées de l'infirmière évaluatrice									
Nom Complet :					Titre :				
Signature :					Permis :				
VACCINS À ADMINISTRER									
☐ Double identification (Si infirmière évaluatrice et vaccinatrice différentes)									
Vaccin	No de Lot	Dose	Site						
☐ Td Absorbée (dT) ☐ Boostrix / Adacel (dcaT) ☐ Adacel-Polio (dcaT-Polio)		☐ Contenu du vial IM / Contenu de la seringue IM	☐ BG ☐ BD						
☐ Nimenrix (Men-C-ACWY)		☐ Contenu de la seringue IM	☐ BG ☐ BD						
☐ Engerix / Recombivax (HB) ☐ Vaqta / Havrix (HA) ☐ Twinrix (HAHB)		☐ Contenu du vial IM / Contenu de la seringue IM	☐ BG ☐ BD						
☐ Gardasil-9 (VPH)		☐ Contenu de la seringue IM	☐ BG ☐ BD						
☐ MMR-II / Priorix (RRO) ☐ Varivax-III (Var) ☐ Proquad / Priorix-Tetra (RRO-Var)		☐ Contenu du vial SC	☐ BG ☐ BD						
Date d'administration:					Heure :				
Coordonnées de l'infirmière vaccinatrice									
Nom Complet :					Titre :				
Signature :					Permis :				
VACCINATION COMPLÉTÉE				☐ OUI - statut vaccinal à jour ☐ NON - lettre « vaccination manquante » remise. Complétez le tableau ci-dessous.					
VACCINS MANQUANTS APRÈS LA CLINIQUE D'AUJOURD'HUI									
dT	dcaT	Polio	Men-C-ACWY	HB	HA	VPH	RRO	Varicelle	
☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses	☐ à jour ☐ _____ doses
Saisie SI-PMI (Initiale)									