

Autorisation pour le vaccin contre la grippe H1N1 de 2009 - Enfants

Section 1 : Informations sur l'enfant recevant le vaccin (veuillez remplir en caractères d'imprimerie)

NOM DE L'ÉTUDIANT/E (Nom de famille)		(Prénom)	(Initiale du deuxième prénom)	DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT mois _____ jour _____ année _____	
NOM DU PARENT/TUTEUR/TUTRICE (Nom de famille)		(Prénom)	(Initiale du deuxième prénom)	ÂGE DE L'ÉTUDIANT/E	SEXE DE L'ÉTUDIANT/E Masculin Féminin
ADRESSE			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA JOURNÉE DU PARENT/PARENT/TUTEUR/TUTRICE :		
VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	Domicile ou bureau : () Portable : ()		
NOM DE L'ÉCOLE		ADRESSE DE LA CLINIQUE		GRADE	NOM DE L'ENSEIGNANT/E

Section 2 : Examen pour éligibilité au vaccin

Si votre enfant a déjà été vacciné avec le vaccin contre la grippe H1N1 de 2009, veuillez nous indiquer le nombre de doses et les dates de vaccination.

- Dose 1 Date d'administration : mois__ jour__ année__ Forme (veuillez encercler) : nébuliseur piqûre
- Dose 2 Date d'administration : mois__ jour__ année__ Forme (veuillez encercler) : nébuliseur piqûre

Les questions suivantes nous aideront à déterminer si votre enfant peut recevoir le vaccin contre la grippe H1N1 de 2009. Veuillez cocher **QUI** ou **NON** pour chaque question.

Si vous répondez « **NON** » à toutes les cinq questions suivantes, votre enfant peut probablement recevoir le vaccin contre la grippe. Si vous répondez « **QUI** » à une ou plusieurs des cinq questions suivantes, il est possible que votre enfant puisse recevoir le vaccin contre la grippe H1N1 de 2009, mais nous vous contacterons pour discuter des options.

	QUI	NON
1. Votre enfant souffre-t-il d'une allergie grave aux œufs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves à la néomycine, à la gentamicine, au thimérosal, à la gélatine ou à l'arginine ou au sulfate de polymyxine B ? Veuillez les indiquer : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Votre enfant a-t-il jamais eu une réaction grave à une dose précédente du vaccin contre la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Votre enfant a-t-il jamais souffert du syndrome de Guillain-Barré (un type de faiblesse musculaire grave temporaire) dans les 6 semaines après avoir reçu un vaccin contre la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Votre enfant reçoit-il actuellement de l'aspirine ou suit-il une thérapie contenant de l'aspirine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3 : Autorisation

AUTORISATION POUR LA VACCINATION DE VOTRE ENFANT :

J'ai lu et l'on m'a expliqué la déclaration relative aux informations sur le vaccin de 2009-2010 pour le vaccin contre la grippe H1N1 de 2009 et j'en comprends les risques et bénéfices. Je comprends que le vaccin puisse contenir du thimérosal.

JE DONNE MON AUTORISATION au Département de la santé du Vermont et au personnel qui travaille en son nom de vacciner mon enfant susnommé en haut de ce formulaire avec le vaccin H1N1. (Si le formulaire d'autorisation n'est pas signé, daté et renvoyé à l'école de votre enfant, votre enfant ne sera pas vacciné à l'école).

Signature du parent/tuteur/tutrice : _____
Date : mois _____ jour _____ année _____

JE NE DONNE PAS MON AUTORISATION au Département de la santé du Vermont et au personnel qui travaille en son nom de vacciner mon enfant susnommé en haut de ce formulaire avec le vaccin H1N1.

Signature du parent/tuteur/tutrice : _____
Date : mois _____ jour _____ année _____

Section 4 : dossier de vaccination

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY

Vaccine	Date Dose Administered	Route	Dose Number	Body Site	Lot Number	Manufacturer	Date VIS given	Name and Title of Vaccine Administrator
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 1st	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				
2009 H1N1	/ /	IM	<input type="checkbox"/> 2d	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> LT				

Veuillez renvoyer ce formulaire que vous vouliez que votre enfant soit vacciné ou non.