

# Formulaire de consentement à la vaccination contre la COVID-19

Parties A, B, C, D et E remplies par :

Client  Parent  Subrogé légal  Autre \_\_\_\_\_ (au nom du client)

## A. Renseignements sur le client (veuillez écrire en lettres moulées)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénoms \_\_\_\_\_  
 Adresse de résidence \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_  
 Sexe Homme  / Femme  / X  Date de naissance (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 N° d'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres) \_\_\_\_\_ N° d'identification personnelle (9 chiffres) \_\_\_\_\_  
 Nom de l'école \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Année scolaire \_\_\_\_\_

## B. Antécédents médicaux du client

- Avez-vous de la fièvre ou d'autres symptômes qui pourraient être causés par la COVID-19?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Avez-vous des allergies connues ou suspectées (p. ex., alimentaires, médicamenteuses, environnementales)?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Avez-vous une allergie connue ou suspectée au polyéthylène glycol (PEG), au polysorbate 80 ou à la trométhamine?  Oui  Non
- Avez-vous déjà eu une réaction ou une maladie grave après avoir reçu un vaccin?  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_
- Avez-vous des problèmes de santé nécessitant des visites régulières chez le médecin?  Oui  Non  
Si oui, veuillez en discuter avec le vaccinateur : \_\_\_\_\_
- Avez-vous reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours?  Oui  Non
- Prenez-vous des médicaments qui agissent sur la coagulation du sang?  Oui  Non  
Si oui, veuillez les énumérer : \_\_\_\_\_
- Êtes-vous enceinte, prévoyez-vous de le devenir ou allaitez-vous?  Oui  Non
- Votre système immunitaire est-il affaibli à cause d'une maladie (p. ex., leucémie) ou d'un traitement (p. ex., stéroïdes à dose élevée)?  Oui  Non
- Avez-vous une maladie auto-immune (p. ex., polyarthrite rhumatoïde ou sclérose en plaques)?  Oui  Non
- Avez-vous des antécédents de thrombose veineuse cérébrale ou de thrombocytopénie sous héparine?  Oui  Non
- Avez-vous déjà reçu une dose d'un vaccin contre la COVID-19?  0 Doses  Dose 1  Dose 2

## C. Identité raciale, ethnique ou autochtone :

Depuis mai 2020, Santé publique collecte des renseignements sur l'identité raciale, ethnique ou autochtone des personnes chez qui la COVID-19 a été diagnostiquée. Les questions suivantes aideront à évaluer la couverture vaccinale et à déterminer les besoins d'accessibilité accrue au vaccin dans différentes communautés. Nous sommes conscients du fait que cette liste d'identifiants raciaux ou ethniques peut ne pas correspondre exactement à la façon dont vous vous décrivez. En gardant cela à l'esprit, lequel des termes suivants décrit le mieux la communauté raciale ou ethnique à laquelle vous appartenez?

Africain  Noir  Chinois  Philippin  Latino-Américain  Autochtone de l'Amérique du Nord – c.-à-d., membre des Premières Nations, Métis ou Inuit  Sud-Asiatique  Asiatique du Sud-Est  Blanc  Autre \_\_\_\_\_  Préfère ne pas répondre

Si vous vous êtes identifié comme étant Autochtone de l'Amérique du Nord, vous identifiez-vous comme étant :  Premières Nations  Métis  Inuit  Sans objet

## D. Consentement éclairé – Consultez le vaccinateur si vous ne pouvez pas obtenir de signature

J'ai lu et compris les fiches d'information concernant les risques et les avantages du vaccin et je consens à ce qu'il soit administré à la personne susmentionnée dans la partie A. Mon consentement s'applique à toutes les doses nécessaires pour terminer la série de vaccinations dans un délai d'un an. J'ai pu poser des questions sur ces vaccins et recevoir des réponses satisfaisantes.

Remplissez UNE SEULE des options suivantes :

### 1. Consentement du subrogé légal

Je consens à ce que la personne ci-dessus reçoive le vaccin contre la COVID-19.

Nom \_\_\_\_\_  
 Relation \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone \_\_\_\_\_  
 Date (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

### 2. Consentement du client

Je consens à recevoir le vaccin contre la COVID-19.

Date (jj-mm-aaaa) \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

**E. Consentement à l'utilisation et à la communication des coordonnées.** J'autorise, en connaissance de cause, le ministère de la Santé et des Soins aux personnes âgées à utiliser et à communiquer les coordonnées que j'ai fournies sur le présent formulaire à une organisation tierce dans le seul but de communiquer avec moi pour fixer mon rendez-vous en vue de l'administration de la deuxième dose du vaccin.

Date \_\_\_\_\_  
 Signature \_\_\_\_\_

Avis : les données relatives aux immunisations que vous recevez (vous ou vos personnes à charge, le cas échéant) pourraient être conservées dans le registre d'immunisation provincial. Ce registre permet à votre fournisseur de soins de santé de savoir quels vaccins vos personnes à charge ou vous-même avez reçus ou devriez recevoir. Les données recueillies dans le registre d'immunisation provincial peuvent servir à produire des fiches d'immunisation ou à vous avertir, vous ou votre médecin, qu'une immunisation a été manquée. Santé et Soins aux personnes âgées Manitoba peut utiliser ces renseignements dans le but d'évaluer l'efficacité de différents vaccins en matière de prévention des maladies. La Loi sur les renseignements médicaux personnels protège les renseignements vous concernant. Vous pouvez demander à ce que vos renseignements médicaux personnels ne soient pas visibles pour les fournisseurs de soins de santé. Pour plus de renseignements, veuillez vous adresser à votre bureau de la santé publique local afin de discuter avec une infirmière de la santé publique : <http://www.manitoba.ca/health/publichealth/offices.fr.html>.

## LA PARTIE SUIVANTE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE VACCINATEUR :

Emplacement de la clinique \_\_\_\_\_  
 Cochez cette case si le client qui n'a pas pu signer la section D a donné son consentement verbal.

**Raison de la vaccination** – Veuillez cocher la première raison applicable (Cochez SEULEMENT la première case applicable)

- Résident de foyer de soins personnels
- Travailleur ou travailleuse de la santé (quel que soit le domaine)
- Collectivité subissant des répercussions disproportionnées de la maladie
- Autre milieu de vie collectif (comprend les résidents, le personnel non médical, les visiteurs et les bénévoles)
- Routine (âge)

Le vaccinateur doit indiquer qu'il a fait les cinq actions suivantes en cochant les cases associées :

- Fiches d'information fournies
- Partie B remplie et examinée
- Renseignements fournis sur les avantages et les risques des vaccins
- Renseignements fournis pour signaler les effets secondaires du vaccin (les effets secondaires à signaler en vertu du paragraphe 57(2) de la Loi sur la santé publique)
- Réponses apportées aux préoccupations et aux questions

**Clients qui répondent oui aux questions 8, 9 ou 10 ou qui reçoivent leur troisième dose (question 12) de la partie B :** le fournisseur de soins de santé ou le vaccinateur doit examiner les avantages et les risques de la vaccination, conformément aux lignes directrices de pratique clinique.

Nom du vaccinateur ou du fournisseur de soins de santé (en lettres moulées) \_\_\_\_\_  
 Signature du vaccinateur ou du fournisseur de soins de santé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Vaccin	Date J/M/A	N° de lot	Fabricant	Voie d'administration	Dose	Lieu d'injection	Signature du vaccinateur	Saisie des données