

# 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 thrombocytopenie 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 \_\_\_\_\_

