

CONSENTEMENT DE VACCINATION PAR PROCURATION

À compléter si votre enfant est âgé de moins de 14 ans et se présente à la vaccination sans parent ni tuteur.

Prénom et nom de l'enfant _____ Date de naissance _____

aaaa/mm/jj

Prénom et nom du parent/tuteur légal _____

QUESTIONNAIRE PRÉVACCINATION (si un élément est coché oui, préciser dans la section suivante)

Notez-vous actuellement un changement dans l'état de santé de votre enfant (comparativement à son état habituel)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant fait-il actuellement de la fièvre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il déjà eu des convulsions fébriles (lors de fièvre)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique assez grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence? Si oui, laquelle? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Après avoir eu un vaccin, votre enfant a-t-il déjà eu une réaction assez grave pour consulter le médecin? Si oui, à quel vaccin et préciser la réaction? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il un problème avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament pris actuellement (ex. : chimiothérapie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il reçu une transfusion sanguine ou une injection d'immunoglobulines au cours des 11 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant souffre-t-il de troubles de coagulation nécessitant un suivi médical (ex. : hémophilie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si votre enfant est âgé de moins de 6 mois : est-ce que sa mère a pris, pendant la grossesse, un agent biologique pour le traitement d'une maladie auto-immune?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé, est-il prématuré ou est-il né avec un très faible poids de naissance?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il fait la varicelle (picote) ou un zona après l'âge de 1 an? Si oui, indiquer la date _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
aaaa/mm/jj	
Votre enfant a-t-il reçu un vaccin dans le dernier mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Précision ou autres renseignements pertinents

Je _____ Père Mère Tuteur, considère qu'actuellement la condition de mon enfant lui permet de recevoir le ou les vaccins.

Je reconnais avoir pris connaissance et compris les avantages et les risques de l'immunisation suite à la lecture sur le site internet suivant : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002057/?&date=DESC& sujet=vaccination-immunisation&critere=sujet>

Je reconnais avoir pris connaissance des vaccins à recevoir et compris les instructions à suivre en cas de réaction vaccinale.

J'autorise que le ou les vaccins recommandés selon l'âge de l'enfant, conformément au calendrier régulier PIQ (protocole d'immunisation du Québec) soient donnés en présence de l'adulte accompagnateur _____, qui a la responsabilité de mon enfant en mon absence.

Je m'engage à transmettre à l'adulte accompagnateur toutes modifications et/ou changements aux réponses données au questionnaire. L'adulte accompagnateur consent à attendre un minimum de 15 minutes à la suite de l'administration du/des vaccins avant de quitter la clinique. Si vous désirez obtenir des renseignements supplémentaires, vous pouvez me joindre :

À la maison _____

Au travail _____

Date _____
aaaa/mm/jj

Signature _____
Parent ou tuteur