



# Grippe Saisonnière Formulaire De Consentement À Une Vaccination À L'école

Nom de Famille ( <i>Lettres d'imprimerie</i> )	Prénom	Initiale du 2 <sup>ème</sup> prénom	Age	Date de Naissance ____/____/____	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse		Ville		État	Code Postal
Téléphone		Email			
Si étudiant, écrivez le nom de l'école qu'il fréquente:					Classe

### Assurance Santé

**Cocher l'assurance et préciser le numéro d'adhérent – veuillez inclure tous les caractères.**

<input type="checkbox"/> Blue Cross & Blue Shield ID# _____	<input type="checkbox"/> Tufts or Tufts/Carelink _____
<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI _____	<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of MA _____
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare ID# _____ Group # _____	<input type="checkbox"/> Aetna _____
<input type="checkbox"/> Medicare _____	<input type="checkbox"/> Autre _____ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Pas d'assurance</span>

*(Nom et numéro d'assurance)*

**Votre enfant n'est pas éligible à la vaccination à l'école si vous repondez "oui" à l'une des questions 1 à 4. Dans ce cas, veuillez contacter votre médecin.**

1. Le participant est-il allergique aux oeufs?	Oui	Non
2. Suite à l'administration d'un vaccin contre la grippe par le passé, le participant a-t-il fait une réaction grave qui a nécessité un contrôle médical?	Oui	Non
3. Le participant a-t-il eu le syndrome de Guillain-Barre (faiblesse sévère des muscles) suite à un vaccin antigrippe?	Oui	Non
4. Le participant est-il allergique au Thimerosol ou au Latex?	Oui	Non

**Répondez aux questions suivantes SEULEMENT si vous préférez un vaccin intranasal (FluMist) (méthode approuvée pour des personnes âgées de 3 à 18 ans).**

5. Le participant a-t-il été vacciné (pas seulement contre la grippe) au cours de 30 derniers jours?	Oui	Non
6. Le participant souffre-t-il d'asthme, de diabète ou encore d'une maladie des poumons, du cœur, des reins, du foie, des nerfs ou du sang?	Oui	Non
7. Le participant prend-il un traitement longue durée à base d'aspirine ou contenant de l'aspirine (ingestion quotidienne d'aspirine)?	Oui	Non
8. Le système immunitaire du participant a-t-il été affaibli par le VIH, le cancer ou des médicaments, comme des stéroïdes ou les traitements contre le cancer, ou a-t-il été en contact avec une personne nécessitant des soins dans un environnement protégé?	Oui	Non

**Merci de cocher une des trois options ci-dessous:**

- Seulement le vaccin contre la grippe injectable peut être administré.
- Seulement le vaccin FluMist (nasal) peut être administré.
- Je préfère le vaccin FluMist (nasal), mais j'accepte le vaccin injectable contre la grippe si c'est le seul vaccin disponible.

J'ai répondu "NON" aux questions 1 à 4. J'ai lu la ou les déclarations sur les informations relatives au vaccin sur le site Web [www.immunize.org](http://www.immunize.org) ou un exemplaire papier que j'ai obtenu en appelant le Rhode Island Department of Health (401-222-5960).

Je comprends les bénéfices et les risques de ce vaccin. Le vaccin choisi ci-dessus doit être administré à la personne nommée ci-dessus pour laquelle je suis autorisé à faire cette requête. Je comprends que je peux lire l'avis de confidentialité au moment de la vaccination. Je confirme que The Wellness Company Inc. n'est pas responsable des séquelles éventuelles liées au vaccin et à son administration.

Signature du Parent/Tuteur/Patient \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Ecrire en toutes lettres le nom de famille \_\_\_\_\_ Ecrire en toutes lettres le prénom \_\_\_\_\_

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY						VIS Date: 8/7/2015
Vaccine	Route	Manufacturer	Lot No.	Date VIS Given	Date Vaccine Given	Signature of Vaccine Administrator
Influenza	IM R L Intranasal					