

Programme d'immunisation scolaire pour les élèves de 14 à 16 ans

Formulaire de consentement pour le vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dCaT) et le vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C

À LIRE ATTENTIVEMENT

Cher parent ou tuteur,

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse offre deux vaccins gratuits aux élèves de 14 à 16 ans à travers de la province. Ces vaccins sont offerts parce que les maladies qu'ils préviennent peuvent être graves.

Directives pour remplir le formulaire :

- 1 Lisez** les deux fiches de renseignements avant de signer le formulaire de consentement ci-joint. (Le formulaire peut être signé par l'élève ou par un parent ou tuteur.)
 - Chaque fiche explique une maladie et le vaccin disponible pour prévenir cette maladie.
 - Vous devriez avoir reçu une fiche sur le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dCaT), ainsi qu'une fiche sur le méningocoque du groupe C.
 - Lisez attentivement chaque fiche afin de comprendre les avantages, les risques et les effets secondaires possibles du vaccin.
- 2 Décidez** de ce qui convient à votre enfant selon les renseignements fournis. Consultez votre médecin ou une infirmière des Services de la santé publique si vous avez des questions.
- 3 Remplissez** les sections 1 et 2 qui apparaissent en blanc dans le formulaire.
- 4 Détachez** seulement cette lettre et conservez-la.
- 5 Retournez** le formulaire de consentement à l'école (2 pages ci-jointes), même si vous ne consentez pas à ce que votre enfant soit vacciné.

Quand est-ce que mon enfant recevra-t-il ces vaccins?

Votre enfant recevra les deux vaccins le même jour : une dose du vaccin contre le méningocoque groupe C et une dose du vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dCaT), dans deux seringues distinctes et à deux endroits différents.

Est-ce que je recevrai une preuve écrite des vaccins que mon enfant recevra?

Votre enfant recevra une copie de ce formulaire après l'administration des vaccins auxquels vous avez consenti ou auxquels il a consenti. Il est recommandé de le conserver avec les autres documents sur la santé de votre enfant.

Avec qui dois-je communiquer si j'ai des questions au sujet du programme d'immunisation scolaire?

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local des Services de la santé publique. Les adresses et numéros de téléphone des bureaux se trouvent au verso de cette page.

Bureaux des services de la santé publique en Nouvelle-Écosse

Amherst

18, rue South Albion
Tél. : 667-3319 ou
1-800-767-3319

Annapolis Royal

Centre de santé
communautaire d'Annapolis
Rue St. George
Tél. : 532-2381

Antigonish

23, rue Bay
Tél. : 863-2743

Arichat

14, rue Bay
Tél. : 226-2944

Baddeck

30, chemin Old Margaree
Tél. : 295-2178

Berwick

Centre de santé Western
Kings Memorial
Tél. : 538-8782

Bridgewater

215, rue Dominion
Bureau 109
Tél. : 543-0850

Canso

Hôpital Eastern Memorial
Tél. : 366-2925

Cheticamp

15102, Sentier Cabot
Tél. : 224-2410

Dartmouth

201, av. Brownlow, Bureau 4
Tél. : 481-5800

Digby

Hôpital général de Digby
67, rue Warwick
Tél. : 245-2557

Elmsdale

Centre de ressources East
Hants
15, rue Commerce
Bureau 150
Tél. : 883-3500

Glace Bay

633, rue Main
Tél. : 842-4050

Guysborough

Hôpital Guysborough
Tél. : 533-3502

Halifax

(voir Dartmouth)

Head of Jeddore

Centre commercial Forest
Hills
Tél. : 889-2143

Inverness

Hôpital Inverness
Consolidated
Tél. : 258-1920

Liverpool

175, rue School
Tél. : 354-5738

Lunenburg

14, rue High
Tél. : 634-8730

Meteghan

Centre de santé de Center
Clare
Tél. : 645-2325

Middle Musquodoboit

492, chemin Archibald
Brook
Tél. : 384-2370

Middleton

462, rue Main
Tél. : 825-3385

Neil's Harbour

Centre de santé
communautaire Buchanan
Memorial
Tél. : 336-2295

New Germany

5246, route 10
Tél. : 644-2710

New Glasgow

825, chemin East River
Tél. : 752-5151

New Waterford

Hôpital New Waterford
Tél. : 862-2204

Port Hawkesbury

708, rue Reeves
Tél. : 625-1693

St Peter's

Tél. : 1-888-272-0096
(boîte vocale seulement)

Sheet Harbour

Hôpital Eastern Shore
Memorial
Tél. : 885-2470

Shelburne

Hôpital Roseway
Tél. : 875-2623

Sherbrooke

Hôpital St. Mary's
Tél. : 522-2212

Sydney

235, rue Townsend
Tél. : 563-2400

Sydney Mines

7, av. Fraser
Tél. : 736-6245

Truro

201, rue Willow
Tél. : 893-5820

Windsor

Centre commercial Windsor
80, rue Water
Tél. : 798-2264

Wolfville

23, av. Earnscliffe
Tél. : 542-6310

Yarmouth

60, rue Vancouver
Tél. : 742-7141

Programme d'immunisation scolaire pour les élèves de 14 à 16 ans

Formulaire de consentement pour le vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dCaT) et le vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C

Veillez écrire fermement avec un stylo à billes pour bien imprimer les deux copies.

Section 1: RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR L'ÉLÈVE

Nom complet de l'élève _____			Nom du parent ou du tuteur _____		
N° de tél. à la maison _____		N° de tél. au travail ou autre _____		Nom du médecin _____	
Nom de l'école _____			Nom de l'enseignant et numéro de salle de classe _____		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anné	Mois	Jour	M	F	
Date de naissance			Sexe		
			Numéro de carte de santé _____		

Votre enfant a-t-il des allergies graves ou mortelles qui pourraient mettre sa vie en danger? Si oui, veuillez les indiquer ici :

Section 2: CONSENTEMENT DE L'ÉLÈVE, DU PARENT ou DU TUTEUR

*J'ai lu les fiches de renseignements fournies sur les deux vaccins et je comprends les avantages, les risques et les effets secondaires possibles du vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C et du vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche. Je consens à ce que mon enfant reçoive les vaccins suivants : (Veuillez cocher « Oui » ou « Non » pour les **deux** vaccins.)*

	Oui	Non	Si vous cochez « Non », veuillez indiquer la raison. Si l'élève a déjà reçu le vaccin, veuillez indiquer la date de l'administration du vaccin.
Vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C (1 dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dCaT) (1 dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Signature: (Élève ou parent ou tuteur) _____ Date de signature: _____

Les élèves âgés de 14 à 16 ans peuvent consentir à l'administration des vaccins.

Ce consentement est valable pour la période nécessaire à l'administration des deux vaccins, sauf annulation écrite.

Section réservée à l'usage exclusif des Services de la santé publique

Vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C : Nom du vaccin : _____

1 Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____

Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dCaT) : Nom du vaccin : _____

1 Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____