

# Programme d'immunisation scolaire pour les élèves de 4<sup>e</sup> année

## Formulaire de consentement pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B, du vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C et du vaccin contre la varicelle (picote)

### À LIRE ATTENTIVEMENT

Cher parent ou tuteur,

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse offre trois vaccins gratuits aux élèves de 4<sup>e</sup> année 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 trois fiches de renseignements avant de signer le formulaire de consentement ci-joint.
  - Chaque fiche explique une maladie et le vaccin disponible pour prévenir cette maladie.
  - Vous devriez avoir reçu une fiche sur l'hépatite B, une fiche sur le méningocoque du groupe C et une fiche sur la varicelle (picote).
  - 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 jaune dans le formulaire.
- 4 Détachez** seulement cette lettre et conservez-la.
- 5 Retournez** le formulaire de consentement à l'école (3 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?

Note : Les 3 vaccins seront administrés à 3 différentes dates.

- 1<sup>re</sup> date :** Votre enfant recevra la première dose du vaccin contre l'hépatite B seulement.
- 2<sup>e</sup> date :** Votre enfant recevra la deuxième dose du vaccin contre l'hépatite B et une dose du vaccin contre le méningocoque groupe C, dans deux seringues distinctes et à deux endroits différents.
- 3<sup>e</sup> date :** Votre enfant recevra la troisième dose du vaccin contre l'hépatite B et une dose du vaccin contre la varicelle (si elle est nécessaire), dans deux seringues distinctes et à deux endroits différents.

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

Oui. Votre enfant recevra une copie de ce formulaire après l'administration des vaccins auxquels vous avez 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 4<sup>e</sup> année

## Formulaire de consentement pour l'administration du vaccin contre l'hépatite B, du vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C et du vaccin contre la varicelle (picote)

**Veillez écrire fermement avec un stylo à billes pour bien imprimer les trois 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anné		Mois		Jour		M F	
Date de naissance				Sexe			
				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				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 DU PARENT ou DU TUTEUR

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

**Oui Non** Si vous cochez « Non », veuillez indiquer la raison.

Si l'enfant a déjà reçu le vaccin, veuillez indiquer la date de l'administration du vaccin.

Vaccin contre la varicelle (picote) (1 dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	(Cochez « Non » pour le vaccin contre la varicelle si votre enfant a déjà eu la varicelle ou s'il a déjà reçu une dose du vaccin contre la varicelle.)		
Vaccin contre le méningocoque groupe C (1 dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vaccin contre l'hépatite B (3 doses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Signature: (Parent / Tuteur) \_\_\_\_\_

Date de signature: \_\_\_\_\_

Ce consentement est valable pour la période nécessaire à l'administration de toutes les doses des trois vaccins, sauf annulation écrite.

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

<b>Vaccin contre l'hépatite B :</b>	Nom du vaccin : _____
1 <sup>re</sup> Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____	
2 <sup>e</sup> Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____	
3 <sup>e</sup> Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____	

<b>Vaccin conjugué contre le méningocoque groupe C :</b>	Nom du vaccin : _____
1 Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____	

<b>Vaccin contre la varicelle :</b>	Nom du vaccin : _____
1 Dose: _____ Bras : Droit Gauche N° de lot : _____ Date: _____ Signature: _____	