

# Formulaire de consentement pour le vaccin contre la COVID-19 pour les jeunes (âgés de 12 à 17 ans)

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – vaccin contre la COVID-19

Version 2.0 – 17 août 2021

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| Nom de famille   | Prénom                       | Numéro d'identification (p. ex. numéro de carte Santé, passeport, certificat de naissance, permis de conduire) |
| <p> <input type="checkbox"/> Femme<br/> <input type="checkbox"/> Homme<br/>           Sexe : <input type="checkbox"/> Autre : _____<br/> <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre         </p>   |                              | Nom de vote clinicien en soins primaires (médecin de famille, pédiatre ou infirmière/infirmier praticien)      |
| <p>Si vous êtes autochtone, veuillez indiquer votre identité autochtone :</p> <p> <input type="checkbox"/> Premières Nations<br/> <input type="checkbox"/> Métis (inclut les membres des organisations ou des établissements métis)<br/> <input type="checkbox"/> Inuit<br/> <input type="checkbox"/> Autre Autochtone, précisez : _____<br/> <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre<br/> <input type="checkbox"/> Inconnue         </p> |                              |  |
| Téléphone cellulaire   | Téléphone du parent ou autre |  |

|   |  |
|---|--|
| Adresse   | Ville  |
|   | Province   |
|   | Code postal  |
| Date de naissance*<br>(mois, jour, année)<br>----- / ----- / -----<br><br>* Vous devez avoir 12 ans cette année (2021) pour recevoir votre première dose.   | École que vous fréquenteriez à l'automne 2021<br><hr/> <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre<br>École à la maison<br>Inconnue<br>Ne fréquentera pas l'école |
| Avez-vous déjà reçu une ou plusieurs doses d'un vaccin contre la COVID-19? Dans l'affirmative, veuillez remplir les renseignements ci-dessous pour toutes les doses de vaccin reçues.<br><br>Date de la première dose : -----/-----/----- (mois, jour, année)<br>Nom du vaccin administré pour la première dose : _____<br><br>Date de la deuxième dose : -----/-----/----- (mois, jour, année)<br>Nom du vaccin administré pour la deuxième dose : _____ |  |

## Consentement à recevoir le vaccin

J'ai lu (ou on me l'a lu) et je comprends la trousse de vaccination, y compris les documents suivants : « Feuillet d'information sur le vaccin contre la COVID-19 » ou « Feuillet d'information sur le vaccin contre la COVID-19 : Pour les jeunes (12-17 ans) » et « Ce que les jeunes doivent savoir à propos de leur rendez-vous pour recevoir le vaccin contre la COVID-19 ».

— J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant le vaccin que je reçois et d'obtenir des réponses satisfaisantes.

Je consens à recevoir le vaccin, y compris toutes les doses recommandées dans la série.

OU

Je consens au nom du patient et je confirme que je suis le mandataire spécial du patient (p. ex. parent, tuteur légal).

– Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment.

Nota : Veuillez contacter la clinique de vaccination où vous êtes censé recevoir le vaccin contre la COVID-19 si vous changez d'avis et ne consentez plus à recevoir le vaccin. Cela permettra à quelqu'un d'autre de prendre votre place. Si le consentement a été retiré par un mandataire spécial d'une personne qui réside dans un milieu collectif, le milieu collectif doit alors contacter la circonscription sanitaire.

## **Reconnaissance de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements médicaux personnels**

Les renseignements médicaux personnels sur ce formulaire sont recueillis afin de vous fournir des soins et de créer un dossier d'immunisation pour vous et parce qu'il est nécessaire de le faire pour l'administration du programme de vaccination de l'Ontario contre la COVID-19. Ces renseignements seront utilisés et divulgués à cette fin et pour toute autre fin autorisée et requise par la loi. Par exemple,

- ils seront divulgués au médecin en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsque la divulgation est nécessaire pour les fins de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario;
- ils peuvent être divulgués à des fournisseurs de soins de santé qui vous prodiguent des soins, comme faisant partie de votre dossier de santé électronique.

Les renseignements seront conservés dans un système de dossiers médicaux sous la garde et le contrôle du ministère de la Santé.

Lorsqu'une clinique est administrée par un hôpital, l'hôpital recueille, utilise et divulgue vos renseignements à titre d'agent du ministère de la Santé.

**Je reconnais que j'ai lu et que je comprends l'énoncé ci-dessus.**

Vous pourriez être contacté par un hôpital, un bureau local de santé publique ou le ministère de la Santé pour des fins liées au vaccin contre la COVID-19 (par exemple, pour vous rappeler des rendez-vous de suivi et pour vous fournir une preuve de vaccination. Si vous consentez à recevoir ces communications de suivi par courriel, texto/message texte, veuillez l'indiquer en cochant l'une des cases suivantes.

**Je consens à recevoir des communications de suivi :**

**par courriel**

**par texto/message texte**

**Si vous avez accepté d'être contacté par courriel ou par texto/message texte, veuillez fournir votre adresse électronique ou votre numéro de texto/message texte :**

---

## **Consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche**

Vous avez la possibilité de consentir à être contacté par des chercheurs relativement à la participation à des travaux de recherche sur le vaccin contre la COVID-19. Si vous consentez à être contacté, vos renseignements médicaux personnels seront utilisés pour déterminer quels travaux de recherche pourraient s'appliquer à vous, et votre nom et vos coordonnées seront divulgués aux chercheurs. Le consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche ne signifie pas que vous avez consenti à participer aux travaux de recherche eux-mêmes. La participation aux travaux de recherche est facultative. Vous pouvez refuser de consentir à être contacté relativement aux travaux de recherche sans que cela n'affecte votre admissibilité à recevoir le vaccin contre la COVID-19.

Si vous ne souhaitez pas être contacté au sujet d'études de recherche, veuillez l'indiquer ci-dessous.

Si vous consentez à être contacté au sujet d'études de recherche, puis changez d'avis, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant le ministère de la Santé à l'adresse [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca).

Cela n'aura aucune incidence sur votre admissibilité à recevoir le vaccin contre la COVID-19.

**Je consens à être contacté relativement aux travaux de recherche sur le vaccin contre la COVID-19 :**

- par courriel**
- par texto/message texte**
- par téléphone**
- par la poste**

Si vous choisissez par courrier électronique, veuillez indiquer votre adresse électronique :

\_\_\_\_\_

Je ne consens pas à être contacté relativement aux travaux de recherche sur la COVID-19

|           |                        |                      |
|-----------|------------------------|----------------------|
| Signature | Nom en lettres moulées | Date de la signature |
|-----------|------------------------|----------------------|

Si vous signez pour une autre personne que vous-même, indiquez votre relation avec la personnes pour qui vous signez :

Si je signe pour quelqu'un d'autre que moi, je confirme que je suis le mandataire spécial de cette personne.

| RÉSERVÉ À LA CLINIQUE    |   |                |                 |                |  |  |
|--------------------------|---|----------------|-----------------|----------------|--|--|
| Agent                    | COVID-19  | Nom du produit |                 | No de lot      |  | Quantité de la dose  |
| Partie anatomique        | <input type="checkbox"/> Deltoïde gauche<br><input type="checkbox"/> Deltoïde droit | Voie           | Intramusculaire |                |  | N° de dose   |
| Date de l'administration | ____ / ____ / _____<br>(mois/jour/année)  |                | Heure           | ____ h<br>____ | EIAV?<br>(après avoir reçu la dose actuelle) | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| Donné par (nom, titre)   |   |                |                 | Emplacement    |  |  |

|  |   |
|--|---|
| Autorisé par                                     |   |
| Raison de l'immunisation                         | <input type="checkbox"/> Personne de 12 ans et plus<br><input type="checkbox"/> Population prioritaire en raison de l'âge – Population admissible en raison de l'âge<br><input type="checkbox"/> Autre raison : -----   |
| Raison pour laquelle le vaccin n'a pas été donné | <input type="checkbox"/> Immunisation est contre-indiquée<br><input type="checkbox"/> Praticien recommande l'immunisation, mais aucun consentement du PATIENT<br><input type="checkbox"/> Praticien détermine que l'immunisation sera temporairement reportée<br><input type="checkbox"/> Non admissible sur le plan médical<br><input type="checkbox"/> Patient a retiré son consentement pour la série de vaccins |
| Votre dose 2 de 2 est prévue pour :              | ----- / ----- / ----- (mois/jour/année) ----- h -----   |