

Formulaire de consentement au vaccin

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Adresse postale : _____ Ville, État, Code postal : _____

Téléphone: _____ Homme Femme (veuillez encercler une réponse)

Nom de l'école : _____ Classe : _____

Éligibilité au VFC :

Type d'assurance (veuillez encercler une réponse) : **Privé Medicaid Pas d'assurance Sous-assuré**
Amérindien / Autochtone de l'Alaska

Nom du parent / tuteur : _____

CONSENTEMENT À LA VACCINATION : Le Detroit Public Schools Community District (DPSCD) aura accès aux informations concernant mon enfant dans le Registre dédié à l'amélioration des soins du Michigan (Michigan Care Improvement Registry - MCIR). Sur la base des informations contenues dans le MCIR, j'autorise le DPSCD à administrer tous les vaccins recommandés ou nécessaires pour son âge. Ce formulaire de consentement autorise l'administration de doses multiples d'un vaccin, conformément aux recommandations médicales. Une combinaison de différents vaccins sera utilisée selon la disponibilité des vaccins, sauf contre-indication.

J'ai lu et compris la déclaration d'information sur les vaccins pour le(s) vaccin(s) recommandé(s), disponible en ligne à l'adresse www.michigan.gov/mdhhs. J'ai été informé des avantages et les risques du ou des vaccins recommandés. J'ai été informé que les informations concernant les vaccins administrés seront saisies dans le MCIR. Ce formulaire de consentement deviendra caduc après la dernière injection de vaccin d'une série de vaccins.

Signature du parent / tuteur _____ **Date** _____

Veuillez cocher Oui ou Non	Oui	Non
L'enfant souffre-t-il d'allergies aux médicaments, aux aliments, à un composant du vaccin ou au latex ?		
L'enfant a-t-il eu une réaction grave à un vaccin dans le passé ?		
L'enfant a-t-il souffert d'un problème de santé lié à une maladie pulmonaire, cardiaque, rénale ou métabolique (diabète), de l'asthme ou un trouble sanguin ? A-t-il suivi un traitement à long terme avec de l'aspirine ?		
Le patient, un frère ou une sœur ou un parent a-t-il été victime de convulsions ? Le patient a-t-il eu des problèmes cérébraux ou d'autres problèmes liés à son système nerveux ?		
Le patient a-t-il un cancer, une leucémie, le VIH / SIDA ou toute autre maladie du système immunitaire ?		
Au cours des 3 derniers mois, le patient a-t-il pris des médicaments affaiblissant le système immunitaire, comme la cortisone, la prednisone, d'autres stéroïdes ou des médicaments anticancéreux, ou a-t-il subi des traitements de radiothérapie ?		
Au cours de la dernière année, le patient a-t-il reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou a-t-il reçu des immunoglobulines (gamma) ou un médicament antiviral ?		
La cliente est-elle enceinte ou y a-t-il une possibilité qu'elle tombe enceinte au cours du prochain mois ?		
Le patient a-t-il reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines ?		
Le patient a-t-il subi un test cutané ce mois-ci ?		

Les élèves évoluent. Nous évoluons tous



ATTENTION !!!!! SECTION POUR LE REFUS DE VACCIN CI-DESSOUS

REPLISSEZ LA SECTION CI-DESSOUS SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS QUE VOTRE ENFANT REÇOIVE UN VACCIN

REFUS DE VACCIN : veuillez cocher la case correspondant au(x) vaccin(s) que vous **ne voulez pas** que votre enfant reçoive, puis **signez**.

<input type="checkbox"/> DTCa/TdCa/Td	<input type="checkbox"/> Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Méningocoques ACWY	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> ROR	<input type="checkbox"/> Grippe	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Méningococcique de séro groupe B	<input type="checkbox"/> Varicelle

Mon enfant, nommé ci-dessus, ne doit pas recevoir les vaccins dont les cases correspondantes ont été marquées d'une croix. J'ai été informé des conséquences possibles d'un refus d'administrer à mon enfant les vaccins recommandés.

Signature du parent / tuteur _____

Date _____

Les élèves évoluent. Nous évoluons tous