Department of Health

PO Box 2000, Charlottetown
Prince Edward Island
Canada C1A 7N8

Nom [Name]:

Sante # [Health #]:

Date de naissance [DOB]:

Vaccin contre la pandémie de grippe
Consentement et Dossier d'immunisation

J'ai lu et/ou me suis fait expliquer l'information sur le vaccin H1V1 et je comprends les risques, avantages et effets secondaires de celui-ci. J'ai eu la chance de poser des questions et/ou d'exprimer mes inquiétudes et j'ai reçu des réponses qui me sont suffisantes. Je donne mon consentement pour recevoir ou pour que la personne à ma charge reçoive le vaccin contre la grippe H1V1 en cette période.

_____ _____ _____, 2009
Signature (la vôtre ou celle du parent/gardien) | Relation avec la personne à charge si applicable | Date

Politique d'information sur la surveillance
L'information ci-dessous est amassée à des fins de surveillance seulement et ne sera pas utiliser pour identifier des individus. Des relevés statistiques sommaires seront produits à partir de toute l'information reçue.

Sexe [Gender] : **Masculin** [male] ☐ **Féminin** [female] ☐

Âge [Age] : _____ **ans** [years]

(Si âgé(e) de moins d'un an) [if less than 1 year] _____ **mois** [months]

Est-ce que votre état de santé exige des visites régulières chez le médecin? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
[Do you have a **health condition** requiring regular visits to doctor?]

Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous tomber enceinte dans le prochain mois? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
[Are you **pregnant** or considering becoming pregnant within one month?]

Êtes-vous un travailleur de la santé? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
[Are you a **Health Care Worker**?]

Faites vous partie du groupe des Premières nations? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
[Do you identify as **First Nations**?]

Pour infirmier (ière) seulement [Screening by Nurse]

Dose: 1☐ 2 ☐
Type: Adjuvanted ☐ Unadjuvanted ☐

Êtes-vous ou votre personne à charge est-elle malade ou souffrez-vous ou votre personne à charge souffre-t-elle de fièvre aujourd'hui? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
Are you/your dependent sick or do you have a fever today?

Êtes-vous au courant d'allergies sévères dont vous ou votre personne à charge souffrez, incluant les allergies aux œufs? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
Do you/your dependent have any serious allergies, including egg, that you know of?

Avez vous ou votre personne à charge a-t-elle eu une réaction sérieuse à une dose de vaccin dans le passé? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
Have you or your dependent ever had a serious reaction to a previous dose of vaccine?

Avez-vous ou votre personne à charge a-t-elle déjà développé le syndrome de Guillain-Barré? **Oui** [yes] ☐ **non** [no] ☐
Have you or your dependent ever developed Guillain-Barrè Syndrome?

Lot #_____ Vaccine Dosage (IM): ☐0.5 ml ☐0.25ml

Injection site: ☐deltoid ☐vastus lateralis

Name of person giving vaccine _____ _____
(PRINT) (SIGNATURE)