

Consentement pour le vaccin contre la COVID-19

Section 1 Renseignements personnels

13125 (2021/03/11)

Nom		Prénom		Numéro d'assurance maladie	
Téléphone à domicile	Téléphone cellulaire	Adresse de courriel		Lieu / site de la clinique	
Adresse du domicile			Ville	Province	Code postal
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre		S'agit-il de votre première ou deuxième dose du vaccin? <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Deuxième S'il s'agit de votre deuxième dose, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez reçu la première dose : (AAAA-MM-JJ)		
Raison de la vaccination		<input type="checkbox"/> Travailleurs du secteur des soins de longue durée <input type="checkbox"/> Résident d'un établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Refuge <input type="checkbox"/> Autochtone - Membre d'une Première Nation : <input type="checkbox"/> Dans une réserve <input type="checkbox"/> Hors réserve <input type="checkbox"/> Population générale			
Professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Réseau de santé Vitalité <input type="checkbox"/> Réseau de santé Horizon <input type="checkbox"/> EM/ANB <input type="checkbox"/> Pratique privée <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser			
Si oui, veuillez fournir le nom de votre employeur à droite					

Section 2 : Renseignements sur la santé de la personne qui reçoit le vaccin (utilisez le verso du formulaire si vous avez besoin de plus d'espace)

***vaccinateurs : veuillez passer en revue toute feuille d'information s'appliquant au vaccin avec la personnes en voie d'être immunisée.**

- Non Oui Cette personne a-t-elle déjà eu une infection à la COVID-19?
Si oui, veuillez indiquer à quel moment les symptômes ont commencé ou la date du résultat positif au test de dépistage, et décrivez les traitements reçus (anticorps monoclonaux ou plasma de convalescents) : _____
- Non Oui Cette personne se sent-elle malade aujourd'hui ou ressent-elle des symptômes de la COVID-19?
- Non Oui Cette personne a-t-elle des allergies, y compris une allergie à tout composant du vaccin ou à un médicament?
Si oui, décrivez : _____
- Non Oui Cette personne a-t-elle une affection du système immunitaire ou des problèmes immunitaires, a-t-elle reçu un diagnostic de maladie auto-immune, ou prend-elle des médicaments ou reçoit-elle des perfusions IV qui affectent son système immunitaire? (Énumérez toutes les conditions, s'il y en a plus d'une.)
Si oui, décrivez : _____
- Non Oui Cette personne prend-elle des médicaments, comme des anticoagulants (médicaments éclaircissant le sang), ou souffre-t-elle d'un trouble hémorragique? Si oui, décrivez : _____
- Non Oui Cette personne est-elle enceinte? Non Oui Cette personne allaite-t-elle?
- Non Oui Cette personne a-t-elle ressenti un effet secondaire après avoir reçu un vaccin contre la COVID-19 ou tout autre vaccin?
Si oui, décrivez : _____
- Non Oui Cette personne a-t-elle reçu un quelconque vaccin au cours des 14 derniers jours ou prévoit-elle recevoir un vaccin autre que celui contre la COVID-19 au cours des quatre prochaines semaines?
- Non Oui Cette personne s'est-elle déjà sentie faible ou s'est-elle déjà évanouie après une vaccination ou une intervention médicale?

Section 3 Consentement

Pour les deux doses du vaccin contre la COVID-19, votre consentement confirme ce qui suit :

- J'ai lu l'information qu'on m'a donnée concernant le vaccin contre la COVID-19 et je consens à ce qu'on m'administre les deux doses requises.
- J'ai pris connaissance des avantages du vaccin contre la COVID-19 et des réactions possibles, ainsi que des risques de ne pas se faire immuniser.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions et de discuter de mes préoccupations concernant le vaccin contre la COVID-19.
- Je comprends que je peux retirer à tout moment mon consentement en informant le fournisseur de soins de santé qui administre le vaccin contre la COVID-19.
- Je confirme que j'ai l'autorité légale de consentir à cette immunisation.

Nom de la personne qui donne son consentement (en caractères d'imprimerie)	Signature de la personne qui donne son consentement	Date (AAAA-MM-JJ)
--	---	-------------------

Lien avec la personne qui donne le consentement : Parent (légalement autorisé à fournir le consentement) Tuteur/représentant juridique

À l'usage du bureau seulement	COVID-19	Numéro du lot/ Date d'expiration	Site	Voie	Posologie (ml)	Date (AAAA-MM-JJ)	Heure	Nom en caractères d'imprimerie et signature du vaccinateur
	Dose 1 - Veuillez encrer le nom du vaccin administré : Moderna Pfizer-Biontech Astrazeneca COVISHIELD			<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	_____ ml		
Dose 2 - Veuillez encrer le nom du vaccin administré : Moderna Pfizer-Biontech Astrazeneca COVISHIELD			<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	_____ ml			

Si vous décidez de fournir tous les renseignements demandés dans le formulaire, il est important de savoir que leur inclusion constitue un consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels.

La collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels sont protégées par la Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée, la Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé et toute autre disposition législative, mesure réglementaire et politique applicable.

Pour en savoir davantage sur vos droits en matière de protection de la vie privée, veuillez consulter le site suivant :

<https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/LoisSante/AvisProtectionRenseignementPersonnels.pdf>