



ᐃᑦᓄᐃᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦ
Department of Health
Munaqhiqiyitkut
Ministère de la Santé

Formulaire de consentement pour le vaccin PÉDIATRIQUE (5 à <12 ans) COMIRNATY^{MD} contre la COVID-19

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :

Nom de famille _____

Prénom _____

Collectivité _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Veuillez vous assurer que le nom, la collectivité et la date de naissance sont indiqués ci-dessus.

No de carte santé (si vous le connaissez) : _____ Numéro à la maison (facultatif) : _____

No de téléphone : _____ Adresse courriel (facultatif) : _____

Genre : Garçon Fille Préfère donner sa propre description _____ Âge : ____

Coordonnées du parent/tuteur

Nom : _____ Téléphone : _____

La personne qui reçoit le vaccin doit répondre aux questions suivantes (il y a de la place pour des commentaires plus élaborés sur la page suivante) :

Combien de doses de vaccin contre la COVID-19 votre enfant a-t-il déjà reçues? Aucune Une Deux Trois

Si votre enfant a déjà reçu un vaccin contre la COVID-19, indiquez la ou les dates du ou des vaccins contre la COVID-19 qu'il a reçus, si vous les connaissez :

____/____/____ (jj/mm/aaaa)

____/____/____ (jj/mm/aaaa)

____/____/____ (jj/mm/aaaa)

	Oui	Non
1. Est-ce que votre enfant se sent malade aujourd'hui? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que votre enfant a eu la COVID-19? Si oui, veuillez indiquer ci-dessous quand les symptômes ont commencé. (On peut quand même recevoir le vaccin si on a déjà eu ou si on pense avoir déjà eu la COVID-19.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Votre enfant a-t-il reçu récemment des médicaments pour le traitement de la COVID-19 (anticorps monoclonaux ou plasma de convalescent)? Si oui, veuillez indiquer la date du traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Si votre enfant a déjà reçu une dose de vaccin contre la COVID-19, est-ce qu'il a eu des effets secondaires après cette dose? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que votre enfant a des problèmes de système immunitaire ou prend des médicaments qui peuvent affecter son système immunitaire (par exemple, des stéroïdes à forte dose, de la chimiothérapie)? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous. <i>Demandez au fournisseur de soins de santé si vous n'êtes pas certain des problèmes de santé de votre enfant.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulaire de consentement pour le vaccin PÉDIATRIQUE (5 à <12 ans) COMIRNATY^{MD} contre la COVID-19

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :

Nom de famille _____

Prénom _____

Collectivité _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

7.	Est-ce que votre enfant souffre d'un trouble hémorragique ou prend des médicaments qui pourraient affecter la coagulation du sang? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction allergique grave pour laquelle on lui a prescrit un EpiPen? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction grave à un vaccin dans le passé (y compris des réactions allergiques, une inflammation cardiaque [myocardite/péricardite])? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Est-ce que votre enfant est allergique ou pourrait être allergique au polyéthylène glycol (PEG)? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Est-ce que votre enfant est allergique ou pourrait être allergique à la trométhamine (trometamol, Tris)? **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Est-ce que votre enfant est angoissé ou inquiet à l'idée de recevoir son vaccin? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Rarement, le polyéthylène glycol (PEG) peut provoquer des réactions allergiques et se retrouve dans des produits tels que les médicaments, les produits de préparation intestinale pour la coloscopie, les laxatifs, les sirops contre la toux, les cosmétiques, les crèmes pour la peau, les produits médicaux utilisés sur la peau et pendant les opérations, le dentifrice, les lentilles de contact et les solutions pour lentilles de contact.

La trométhamine (trometamol, Tris) peut très rarement provoquer des réactions allergiques et elle est présente dans certains médicaments injectés pour effectuer des examens (produits de contraste) ainsi que dans d'autres médicaments pris par voie orale ou par injection, ainsi que dans certaines crèmes et lotions. Cette liste n'est pas exhaustive.

Commentaires suite aux questions ci-dessus :

CONSENTEMENT POUR LE VACCIN COMIRNATY^{MD} PÉDIATRIQUE CONTRE LA COVID-19 (5 à <12 ans) :

- Je comprends les informations contenues dans la fiche d'information sur le vaccin COMIRNATY^{MD} PÉDIATRIQUE CONTRE LA COVID-19 (5 à <12 ans).
- Je comprends les bienfaits et les réactions possibles du vaccin COMIRNATY^{MD} PÉDIATRIQUE CONTRE LA COVID-19 (5 à <12 ans) et le risque de ne pas être vacciné.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes.
- Je consens à ce que le vaccin COMIRNATY^{MD} PÉDIATRIQUE CONTRE LA COVID-19 (5 à <12 ans) soit administré à :
 Mon enfant Mon enfant en tutelle

Nom en caractères d'imprimerie

Signature du parent/tuteur légal

Date (jj/mm/aaaa)



ᐃᑦᓄᐃᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦ
 Department of Health
 Munaqhiqiyitkut
 Ministère de la Santé

Formulaire de consentement pour le vaccin PÉDIATRIQUE (5 à <12 ans) COMIRNATY^{MD} contre la COVID-19

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :

Nom de famille _____

Prénom _____

Collectivité _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Veuillez indiquer votre lien de parenté avec l'enfant qui reçoit le vaccin : _____

Questions supplémentaires pour aider à comprendre les populations qui reçoivent le vaccin :

Problèmes de santé sous-jacents *Cochez toutes les cases qui s'appliquent.*

maladie du cœur <input type="checkbox"/>	maladie pulmonaire <input type="checkbox"/>	médicaments qui affectent le système immunitaire <input type="checkbox"/>
diabète <input type="checkbox"/>	maladie rénale <input type="checkbox"/>	problèmes avec le système immunitaire <input type="checkbox"/>
maladie du foie <input type="checkbox"/>	cancer <input type="checkbox"/>	hypertension artérielle <input type="checkbox"/>

À usage interne seulement :

	DOSE	LOT#	SITE ET ROUTE	DONNÉ PAR ET QUAND Nom et désignation/Date et heure
1^{re} dose	0,2 mL			Nom :
				Date : <i>jj/mois/aaaa</i> Heure :
2^e dose	0,2 mL			Nom :
				Date : <i>jj/mois/aaaa</i> Heure :
3^e dose	0,2 mL			Nom
				Date : <i>jj/mois/aaaa</i> Heure :

Commentaires :