



**Formulaire de consentement
pour le vaccin SPIKEVAX®
Bivalent de Moderna
contre la COVID-19**

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :
 Nom de famille _____
 Prénom _____
 Collectivité _____
 Date de naissance (jj/mm/aaaa)_____

N° de carte santé (si vous le connaissez) : _____ N° à la maison (facultatif) : _____
 N° de téléphone : _____ Adresse courriel (facultatif) : _____
 Genre : Homme Femme Préfère m'auto-identifier _____ Âge : _____

Coordonnées du parent/tuteur

Nom : _____ N° de téléphone : _____

*Au Nunavut, l'administration de SPIKEVAX® Bivalent de Moderna n'est autorisée que chez les personnes ayant reçu toutes les doses de la série primaire des vaccins contre la COVID-19.
 *Les personnes de 12 à 17 ans peuvent seulement recevoir SPIKEVAX® Bivalent de Moderna si 6 mois se sont écoulés depuis leur dernière dose du vaccin contre la COVID-19. *Les personnes de 18 ans et plus peuvent seulement recevoir SPIKEVAX® Bivalent de Moderna si 3 mois se sont écoulés depuis leur dernière dose du vaccin contre la COVID-19.
 * Il est recommandé d'attendre 8 semaines avant l'injection d'une dose de rappel après avoir été infecté par la COVID-19.

À quelle date avez-vous reçu votre dose précédente? _____ *jj /mm/ aaaa*

		Oui	Non
1.	Vous sentez-vous malade et fiévreux (se) aujourd'hui? (Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avez-vous eu la COVID-19? (Si oui, indiquez ci-dessous quand les symptômes ont commencé) <i>Vous pouvez quand même recevoir le vaccin si vous avez eu, ou croyez avoir eu, la COVID-19 auparavant.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Êtes-vous, ou pourriez-vous être enceinte? (Le vaccin vous sera quand même offert.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Avez-vous eu des effets secondaires après avoir reçu des doses précédentes du vaccin contre la COVID-19? (Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Avez-vous des problèmes de système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent affecter votre système immunitaire (p. ex., stéroïdes à forte dose, chimiothérapie)? (Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Souffrez-vous d'un trouble de saignement ou prenez-vous des médicaments qui pourraient affecter la coagulation du sang? (Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Avez-vous déjà eu une réaction grave à un vaccin dans le passé? (Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Êtes-vous allergique au polyéthylène glycol (PEG)** ou à la trométhamine qui sont des ingrédients du vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave pour laquelle on vous a prescrit un EpiPen? (Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic de myocardite ou de péricardite**** après l'administration d'un vaccin contre la COVID-19? (Si c'est le cas, veuillez ne pas procéder à la vaccination aujourd'hui.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Rarement, le polyéthylène glycol (PEG) peut provoquer des réactions allergiques et se trouve 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



ᐃᓄᓐᑎᓐᑎᓐ ᑎᓐᑎᓐ
Department of Health
Munaqhiiqiyitkut
Ministère de la Santé

Formulaire de consentement pour le vaccin SPIKEVAX® Bivalent de Moderna contre la COVID-19

Veillez remplir ou mettre une étiquette :

Nom de famille _____

Prénom _____

Collectivité _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

solutions pour lentilles de contact. La trométhamine (Tris) se retrouve dans les produits de contraste et dans les médicaments oraux ou parentéraux.

**** De très rares cas de myocardite et de péricardite après une injection de vaccins à ARNm ont été signalés. Les personnes ayant des antécédents de myocardite ou de péricardite doivent prendre la décision de continuer à recevoir des vaccins contre la COVID-19 en consultation avec leur fournisseur de soins.

Commentaires suite aux questions ci-dessus :

CONSENTEMENT POUR le vaccin SPIKEVAX® Bivalent de Moderna contre la COVID-19 :

- Je comprends les renseignements contenus dans la fiche d'information sur le vaccin SPIKEVAX® Bivalent de Moderna contre la COVID-19.
- Je comprends les bienfaits et les réactions possibles qui peuvent découler du vaccin SPIKEVAX® Bivalent de Moderna contre la COVID-19 et le risque de ne pas être immunisé.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes.
- Je consens à ce que le vaccin SPIKEVAX® Bivalent de Moderna soit administré à : **Mon enfant** **Mon enfant en tutelle** ou **Moi-même**

_____ Nom en caractères d'imprimerie

Signature du client/parent/tuteur

Date (jj/mm/aaa)

Questions supplémentaires pour aider à comprendre la population qui reçoit le vaccin

Groupe à risque <i>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</i>	Oui	Non
Je vis dans un centre pour ainés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je travaille dans un centre pour ainés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis un travailleur de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je vis dans un refuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je vis dans un établissement correctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je travaille dans un refuge ou un établissement correctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis âgé(e) de 55 ans ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis un(e) travailleur(euse) résident du Nunavut en rotation (p. ex., dans les mines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souffre d'un problème de santé sous-jacent <i>Si oui, encercler toutes les réponses applicables dans la liste ci-dessous</i>		



ᐃᓄᓐᓂᓄᓐ ᐃᓄᓐᓂᓄᓐ
 Department of Health
 Munaqhiiqiyitkut
 Ministère de la Santé

**Formulaire de consentement
 pour le vaccin SPIKEVAX®
 Bivalent de Moderna
 contre la COVID-19**

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :
 Nom de famille _____
 Prénom _____
 Collectivité _____
 Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

maladie cardiaque maladie pulmonaire cancer hypertension artérielle diabète maladie du foie

problèmes de système immunitaire maladie du rein prise de médicaments qui affectent le système immunitaire

À l'usage interne seulement :

DOSE	LOT #	SITE ET VOIE	DONNÉ PAR ET QUAND Nom et désignation/Date et heure
0,5 ml			Nom :
			Date : jj/mm/aaaa ____ Heure :