



ᐃᑦᓂᐱᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦ
Department of Health
Munaqhiqiyitkut
Ministère de la Santé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION DU VACCIN

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.

Numéro de carte santé : _____ **Numéro de téléphone à domicile :** _____

Numéro de téléphone : _____ **Adresse de courriel :** _____

Genre : Homme Femme Préfère m'auto-identifier _____ **Âge :** _____

Combien de doses de vaccin contre la variole/variole simienne avez-vous déjà reçues? Aucune Une Deux

Si vous avez déjà reçu un ou des vaccins contre la variole/variole simienne, indiquez **le ou les noms du ou des vaccins contre la variole/variole simienne que vous avez reçus et la ou les dates du ou des vaccins**, si vous les connaissez.

Nom du vaccin : _____ Date : ____/____/____ (jour/mois/année)

Nom du vaccin : _____ Date : ____/____/____ (jour/mois/année)

Vous sentez-vous malade aujourd'hui?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Êtes-vous ou avez-vous déjà été infecté(e) par la variole simienne?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer quand les symptômes ont commencé, si vous le savez.
Si vous avez déjà reçu un ou plusieurs vaccins contre l'orthopoxvirus (vaccin antivariolique; vivant (lyophilisé), vaccin antivariolique; vivant (congelé-liquide) ou IMVAMUNE), avez-vous eu des effets secondaires après la ou les doses précédentes (y compris des réactions allergiques, des réactions d'hypersensibilité ou des inflammations cardiaques [myocardite/péricardite])?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Êtes-vous allergique aux œufs ou aux produits à base d'œufs? ¹ <i>Les réactions allergiques ne constituent pas une contre-indication à l'immunisation par des vaccins contenant des protéines d'œuf. Adressez-vous à votre fournisseur de soins de santé, qui pourra vous suggérer de prendre certaines précautions supplémentaires.</i>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Êtes-vous ou pourriez-vous être allergique à la trométhamine ² (trométamol, Tris), à la benzonase ³ , à la gentamicine ⁴ ou à la ciprofloxacine ⁴ que contient le vaccin?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Avez-vous eu une réaction allergique à un autre vaccin (un autre type de vaccin antivariolique ou un vaccin non antivariolique) ou à un autre médicament administré par injection ou par voie intraveineuse dans le passé?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION DU VACCIN

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :

Nom de famille _____

Prénom _____

Collectivité _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Êtes-vous, ou pourriez-vous être enceinte, ou allaitez-vous?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent affecter votre système immunitaire (par exemple, stéroïdes à forte dose, chimiothérapie, ou certains médicaments contre l'arthrite)? <i>Demandez au fournisseur de soins de santé si vous n'êtes pas certain de vos problèmes de santé.</i>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Souffrez-vous de maladies de la peau, comme la dermatite atopique? <i>Demandez au fournisseur de soins de santé si vous n'êtes pas certain de vos problèmes de santé.</i>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Avez-vous récemment reçu des médicaments spécialement pour le traitement de la variole simienne (p. ex., immunoglobulines)?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez indiquer la date du traitement.
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des quatre dernières semaines, ou prévoyez-vous de recevoir un vaccin dans les quatre prochaines semaines? <i>Dans le but de minimiser le risque d'interactions, il est recommandé d'administrer certains types de vaccins quatre semaines avant ou après l'administration d'IMVAMUNE. Consultez votre fournisseur de soins de santé.</i>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr(e) <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.
Avez-vous déjà eu un malaise ou vous êtes-vous déjà évanoui(e) après un vaccin ou une procédure médicale?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, prière de fournir des détails.

1. Au Canada, il existe plusieurs vaccins fabriqués par des procédés utilisant des œufs de poule ou leurs dérivés, tels que les cultures de cellules de poulet.
2. La trométhamine (trométamol, 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.
3. La benzonase est utilisée pour la purification des vaccins viraux, des vecteurs viraux pour la thérapie vaccinale, cellulaire et génique, et des virus oncolytiques, l'élimination de l'ADN/ARN des protéines et autres produits biologiques; la réduction de la viscosité causée par les acides nucléiques; la préparation des échantillons en électrophorèse et en chromatographie et la prévention de l'agglutination cellulaire.
4. La gentamicine et la ciprofloxacine sont utilisées comme antibiotiques dans le traitement de certaines infections bactériennes.

J'ai lu (ou on me l'a lue) et je comprends la « Fiche d'information sur le vaccin IMVAMUNE (variole/variole simienne) pour les adultes âgés de 18 ans et plus ». J'ai eu l'occasion de poser des questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes. Je consens à recevoir le vaccin.

Signature : _____

Nom en lettres moulées : _____

Date de la signature : _____

Si vous signez pour quelqu'un d'autre que vous-même, veuillez indiquer votre lien avec cette personne :

Je confirme que je suis le parent, tuteur légal ou mandataire spécial.



ᐃᑦᓂᐃᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦᓴᑦ
Department of Health
Munaqhiqiyitkut
Ministère de la Santé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION DU VACCIN

Veuillez remplir ou mettre une étiquette :

Nom de famille _____

Prénom _____

Collectivité _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

À usage de la clinique seulement

VACCIN	DOSE/ ROUTE	NUMÉRO DE LOT	DATE D'EXPIRATION	SITE ET ROUTE	HEURE À LAQUELLE LE VACCIN A ÉTÉ ADMINISTRÉ	DATE À LAQUELLE LE VACCIN A ÉTÉ ADMINISTRÉ jour/mois/année	ADMINISTRÉ PAR Nom et titre
Vaccin IMVAMUNE contre la variole/variola simienne	0,5 mL/SC						

Commentaires :