



GRIPPE SAISONNIÈRE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UNE VACCINATION À L'ÉCOLE

Nom de Famille (<i>Lettres d'imprimerie</i>) Prénom		2e Prénom	Date de Naissance Mois ___ Jour ___ Année ___	Homme ___ Femme ___
Adresse		Ville	État	Code Postal
Téléphone	Email		Nom du médecin de famille	
Si étudiant, écrivez le nom de l'école qu'il fréquente:			Classe	Age
Race: (Cochez une ou plusieurs) <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Indien de l'Amérique ou Alaska Native <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï ou autre des îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Inconnu ou d'autres Race(s)				
Ethnicité: <input type="checkbox"/> Non Hispanique ou Latino <input type="checkbox"/> Hispanique ou Latino <input type="checkbox"/> Inconnu				

ASSURANCE SANTÉ

Indiquer assurance et numéro d'adhérent – veuillez inclure tous les caractères.

<input type="checkbox"/> Blue Cross & Blue Shield _____	<input type="checkbox"/> Tufts or Tufts/CareLink _____
<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of RI _____	<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan of MA _____
<input type="checkbox"/> UnitedHealthcare Numéro d' Adhérent _____	Numéro Groupe _____
<input type="checkbox"/> Medicare _____	<input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Pas d'assurance

PROCÉDURE DE SÉLECTION D'ÉLIGIBILITÉ AU

Si "OUI" à l'une des questions 1 à 4, nous ne pouvons pas vacciner à l'école. Veuillez contacter un médecin.

1. Votre enfant, est-il allergique aux oeufs ?	OUI	NON
2. Suite à l'administration d'un vaccin contre la grippe par le passé, avez-vous fait une réaction grave qui a nécessité un contrôle médical ?	OUI	NON
3. A-t-il eu le syndrome de Guillain-Barre (faiblesse sévère des muscles) suite à un vaccin antigrippe?	OUI	NON
4. Est-il allergique au Thimerosal ou au Latex?	OUI	NON

Répondez aux questions suivantes SEULEMENT si vous préférez un vaccin intranasal (FluMist) (méthode approuvée pour des personnes âgées de 2 à 49 ans).

5. Un vaccin (pas seulement contre la grippe) vous a-t-il été administré au cours de 30 derniers jours ?	OUI	NON
6. Souffrez-vous d'asthme, de diabète ou encore d'une maladie des poumons, du cœur, des reins, du foie, des nerfs ou du sang ?	OUI	NON
7. Prenez-vous un traitement longue durée à base d'aspirine ou contenant de l'aspirine (ingestion quotidienne d'aspirine) ?	OUI	NON
8. Votre système immunitaire a-t-il été affaibli par le VIH, le cancer ou des médicaments, comme des stéroïdes ou les traitements contre le cancer, ou avez-vous été en contact avec une personne nécessitant des soins dans un environnement protégé ?	OUI	NON

CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION À L'ÉCOLE

S'il vous plaît cocher une case: vaccin injectable vaccin FluMist (intranasal)

J'ai répondu "NON" aux questions 1 à 4. J'ai lu la ou les déclarations sur les informations relatives au vaccin sur le site Web www.immunize.org ou un exemplaire papier que j'ai obtenu en appelant le Rhode Island Department of Health (401-222-5960). Je comprends les bénéfices et les risques de ce vaccin.

Le vaccin choisi ci-dessus doit être administré à la personne nommée ci-dessus pour laquelle je suis autorisé à faire cette requête. Je comprends que je peux lire l'avis de confidentialité au moment de la vaccination.

Signature du Parent/Tuteur/Patient _____ Date _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY		Date VIS Given:		VIS Date:	
Vaccine <i>Influenza</i>	Date Given	Route IM R L <i>Intranasal</i>	Manufacturer	Lot No.	Signature of Vaccine Administrator