



Services infirmiers de santé publique du CDC du Maine
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET DE DÉPISTAGE DE SANTÉ - VACCIN DE LA COVID-19

Veuillez répondre aux questions suivantes concernant la personne à vacciner.

Nom :	Date de naissance :	Âge :	Langue préférée :
Avez-vous une assurance maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui : <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Privée	Sexe : <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Non-binaire/X <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas révéler mon sexe <input type="checkbox"/> Autre _____		
Race : <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif(ve) de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Natif(ve) d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique	<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre	Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique/latine <input type="checkbox"/> Non-hispanique/non-latine	
Adresse :	Ville/Code postal :	Téléphone :	

<i>Veuillez répondre aux questions suivantes concernant <u>la personne désignée ci-dessus</u>.</i>	Oui	Non
1. Avez-vous déjà reçu une dose de vaccin de la COVID-19 ? <i>Si oui, des documents sont obligatoires.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 10 derniers jours, avez-vous eu de la fièvre, des frissons, de la toux, un essoufflement, des difficultés à respirer, de la fatigue, des douleurs musculaires ou corporelles, des maux de tête, une perte de goût ou d'odorat, un mal de gorge, une congestion ou un écoulement nasal, des nausées, des vomissements ou une diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous a-t-on conseillé de vous isoler ou de vous mettre en quarantaine actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Votre système immunitaire est-il modérément ou gravement compromis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (par exemple, une anaphylaxie) ? Par exemple, une réaction que vous avez traitée avec de l'épinéphrine ou un EpiPen, ou qui a nécessité une hospitalisation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un précédent vaccin de la COVID-19 ? Par exemple, avez-vous eu de l'urticaire, un gonflement ou une respiration sifflante dans les 4 heures suivant la vaccination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous des antécédents de myocardite ou de péricardite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous reçu une cure d'anticorps passifs au cours des 90 derniers jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POUR LES BÉNÉFICIAIRES DU VACCIN ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS, LES TUTEURS SONT PRIÉS DE COCHER L'UNE DES CASES SUIVANTES :

- La vaccination de mon enfant **peut se faire sans** ma présence.
- La vaccination de mon enfant **ne peut se faire qu'en** ma présence.

AUTORISATION DE VACCINATION

- J'ai reçu une copie de la fiche d'informations de l'autorisation d'utilisation d'urgence que j'ai lue ou qu'on m'a expliquée et je comprends les bienfaits et les risques du vaccin de la COVID-19.
- Je comprends que cette vaccination sera enregistrée dans le système d'information sur l'immunisation du Maine, ImmPact.
- Je comprends la nécessité de rester sur place aujourd'hui au-moins 15 minutes après la vaccination.
- **J'autorise la vaccination de la personne dont le nom apparaît ci-dessus en apposant ma signature ci-dessous.**

X _____ Date : _____

Signature du tuteur de la personne à vacciner ou Signature de l'adulte à vacciner

X _____ Date : _____

Signature de l'interprète

POUR USAGE DE BUREAU UNIQUEMENT :

Dose	Date d'administration de la dose	Fabricant du vaccin	Numéro du lot	Volume de la dose	Signature et informations du fournisseur de vaccin	Site d'injection - Deltoïde	Voie	Date d'autorisation d'utilisation d'urgence
Dose 1 ____/____/____	/ /					Gauche Droite	<input type="checkbox"/> IM	
Dose 2 ____/____/____								
Dose 3 ____/____/____								
Carte de vaccination contre la COVID-19 créée le : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N					Température :			