

<NOM DE L'ÉCOLE>

<ANNÉE SCOLAIRE>

NPI : _____

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT POUR LES VACCINATIONS DE L'ENFANT

Veillez répondre aux questions suivantes concernant la personne à vacciner.

Nom :	Date de naissance :	Âge :	Année scolaire :	Langue préférée :
Éligibilité aux vaccins et assurance : <input type="checkbox"/> Assuré(e), éligible en vertu des lois de l'État <19 ans <input type="checkbox"/> Aucune assurance maladie <input type="checkbox"/> Medicaid/MaineCare (Assurance maladie aux individus et aux familles à faible revenu et ressource fédéral et de l'État) ID # _____		Cochez autant de cases que nécessaire <input type="checkbox"/> Amérindiens/autochtones de l'Alaska <input type="checkbox"/> Assurance non suffisante <input type="checkbox"/> Assurance privée Nom de l'entreprise _____ ID # _____ Groupe # _____		Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Non-Binaire/X <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Préfère ne pas le dire <input type="checkbox"/> Autre _____
Race : <input type="checkbox"/> Autochtone d'Amérique ou d'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Natif(ve) d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique		<input type="checkbox"/> Noir(e) ou afro-américain(e) <input type="checkbox"/> Blanc(he) <input type="checkbox"/> Autre		Ethnicité : <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanique/Non-Latino
Adresse postale :	Ville/Code postal :	Numéro de téléphone pendant la journée :		

<i>Veillez répondre aux questions suivantes concernant <u>la personne mentionnée ci-dessus</u>.</i>	Oui	Non	Je ne sais pas
1. L'enfant est-il/elle malade aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'enfant est-il/elle allergique à un médicament, à un aliment, à un composant de vaccin ou au latex ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'enfant a-t-il/elle déjà eu une réaction sévère à un vaccin dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'enfant souffre-t-il/elle d'un problème de santé à long terme lié à une maladie pulmonaire, cardiaque, rénale ou métabolique (par ex. diabète), asthme, troubles sanguins, absence de rate, déficit en composant du système du complément, implant cochléaire ou fuite de liquide céphalo-rachidien ? Est-il/elle sous traitement d'aspirine à long terme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'enfant, un frère ou une sœur, ou un parent a-t-il/elle déjà eu des crises d'épilepsie ? L'enfant a-t-il/elle eu des problèmes au niveau du cerveau ou du système nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'enfant souffre-t-il/elle d'un cancer, d'une leucémie, du VIH/sida ou d'un autre problème du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. L'enfant a-t-il/elle un parent, un frère ou une sœur souffrant d'une maladie du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des trois derniers mois, l'enfant a-t-il/elle pris des médicaments qui affectent le système immunitaire, tels que la prednisonne, d'autres stéroïdes ou des médicaments anticancéreux, des médicaments pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde, de la maladie de Crohn ou du psoriasis, ou a-t-il/elle subi des radiothérapies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Au cours de la dernière année, l'enfant a-t-il/elle reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, des immunoglobulines (gamma) ou un médicament antiviral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. L'enfant/adolescente est-elle enceinte ou risque-t-elle de l'être au cours du prochain mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'enfant a-t-il/elle été vacciné(e) au cours des 4 dernières semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant mentionné(e) ci-dessus doit recevoir et recevra le(s) vaccin(s) suivant(s) :	
<input type="checkbox"/> Veillez vérifier le dossier de mon enfant et lui administrer le(s) vaccin(s) dont il/elle a besoin.	
<input checked="" type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Vaccin conjugué contre le méningocoque (MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTap (vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche acellulaire) / Tdap (tétanos-diphtérie-coqueluche)	<input type="checkbox"/> MMR (rougeole, oreillons, et rubéole)
<input type="checkbox"/> Grippe (influenza)	<input type="checkbox"/> PCV13 (vaccin conjugué contre le pneumocoque)
<input type="checkbox"/> Hep A (hépatite A)	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hep B (hépatite B)	<input type="checkbox"/> PPSV23 (vaccin antipneumococcique polysaccharidique)
<input type="checkbox"/> Hib (Vaccin contre Haemophilus influenzae de type B)	<input type="checkbox"/> Rotavirus
<input type="checkbox"/> Vaccin contre les infections à papillomavirus humains (HPV)	<input type="checkbox"/> Varicelle
<input type="checkbox"/> Vaccin contre le méningocoque de sérogroupe B	<input type="checkbox"/> Autre : _____

Avez-vous apporté le carnet de vaccination de votre enfant ? Oui Non

Si oui, veuillez le fournir à la personne qui examine ce formulaire. Vous recevrez un carnet de vaccination pour les vaccins reçus aujourd'hui.

Veillez retourner et compléter l'autre côté 

<NOM DE L'ÉCOLE>

<ANNÉE SCOLAIRE>

NPI : _____

QUESTIONNAIRE ET CONSENTEMENT POUR LES VACCINATIONS DE L'ENFANT

Veuillez répondre aux questions suivantes concernant la personne à vacciner.

VEUILLEZ COCHER L'UNE DES CASES SUIVANTES :

- Les vaccinations de mon enfant **peuvent être effectuées en mon absence**.
- Les vaccinations de mon enfant **ne peuvent être effectuées qu'en ma présence**.

AUTORISATION DE VACCINATION

- J'ai reçu une copie de la (des) déclaration(s) d'information sur les vaccins (DV) ci-dessus. J'ai lu, je me suis fait expliquer et je comprends les informations contenues dans le(s) DV.
- Je comprends que cette vaccination sera enregistrée dans le système d'information sur les vaccinations du Maine, ImmPact.
- Je comprends qu'il est conseillé à la personne vaccinée de rester sur le site de vaccination pendant au moins 15 minutes après la vaccination.
- J'autorise l'utilisation de ces informations pour facturer le coût de la vaccination à MaineCare ou à une assurance privée.
- J'autorise que le(s) vaccin(s) indiqué(s) ci-dessus me soit (soient) administré(s) ou soit (soient) administré(s) à la personne nommée ci-dessus pour laquelle je suis autorisé(e) à faire cette demande.

▶ _____ Date : _____ Lien de parenté avec l'enfant _____
 Signature du parent ou du tuteur légal

▶ _____ Date : _____
 Signature de l'interprète

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information		
Clinic Site:	District:	Administrator Name:
Patient Name:	Patient DOB:	

Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL Rotateq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			

State-Supplied Vaccine Yes No

X _____
 Signature and Credentials of Vaccine Administrator

 Date