

Questionnaire de dépistage pour les vaccins [ ] (enfant en bas âge/écolier)

		Température corporelle avant l'entretien		degrés	
Adresse					
Nom de l'enfant					
Nom du père ou de la mère / tuteur		M F	Date de naissance	Né le	/ / (j/m/a) Âge ( ans mois)

Questionnaire pour la vaccination	Réponse		Commentaire du médecin
Avez-vous lu le document (que le bureau municipal vous a précédemment envoyé) vous expliquant la vaccination qui sera faite aujourd'hui ?	Oui	Non	
Veuillez répondre aux questions suivantes concernant l'enfant.			
Poids à la naissance L'enfant avait-il des résultats anormaux à la naissance ? ( ) g L'enfant avait-il des résultats anormaux après la naissance ?	Oui	Non	
Une anomalie quelconque a-t-elle été identifiée lors d'un contrôle chez le pédiatre ?	Oui	Non	
L'enfant est-il souffrant aujourd'hui ? Si oui, décrivez la nature de son mal. ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été malade le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un ami de l'enfant a-t-il eu la rougeole, la rubéole, la varicelle ou les oreillons le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été en contact avec des sujets atteints de tuberculose (membres de la famille compris) ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été vacciné le mois passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs crâniens, un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu des convulsions par le passé ? Si oui, à quel âge ? ( )	Oui	Non	
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, l'enfant avait-il de la fièvre ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il un membre de sa famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un parent de l'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il reçu une transfusion de sang ou de dérivés de sang ou a-t-il pris un médicament appelé gamma-globuline pendant les 6 derniers mois ?	Oui	Non	
Avez-vous des questions concernant la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non	
Commentaire du médecin Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que l'enfant ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui. J'ai expliqué au père, mère/tuteur les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination. Signature ou Nom et Cachet du médecin :			

L'enfant a été interrogé par le médecin et ce même médecin m'a expliqué les avantages, objectifs et risques (y compris les effets secondaires graves) de la vaccination ainsi que le type de prise en charge fournie en cas d'événements indésirables. J'estime avoir compris ces informations.  
Je ( consens / ne consens pas ) \* à la vaccination de l'enfant. \* Veuillez encercler votre choix.  
Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal.  
Signature du père ou de la mère / tuteur :

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin Numéro du lot [Attention] S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	* (Injection sous-cutanée)  mL	Institution : Nom du médecin : Administré le : / / (j/m/a)

[Remarque] La gammaglobuline est un dérivé du sang qui est injecté pour prévenir des infections, telles que l'hépatite A, et pour traiter des infections graves. Parfois, certains vaccins (comme le vaccin antirougeoleux par exemple) sont moins efficaces chez les sujets ayant reçu ce produit au cours des 3 à 6 mois précédents.

\* Dans le cas du BCG, précisez, par exemple, « Vaccination percutanée pratiquée au moyen d'un dispositif pour BCG à aiguilles multiples à un volume spécifié ».

Questionnaire de dépistage pour le vaccin contre l'infection au virus du papillome humain

		Température corporelle avant l'entretien		degrés	
Adresse					
Nom du patient					
Nom du père ou de la mère / tuteur*		M F	Date de naissance	Né le	/ / (j/m/a)
				Âge (	ans mois)

\* Si le patient est âgé de 16 ans ou plus, il n'est pas nécessaire de compléter cette section.

Questionnaire pour la vaccination	Réponse			Commentaire du médecin
Avez-vous lu le document (que le bureau municipal vous a précédemment envoyé) vous expliquant la vaccination qui sera faite aujourd'hui ?	Oui	Non		
S'agit-il de votre premier vaccin ou d'un rappel ?	1 <sup>er</sup> vaccin	2 <sup>e</sup> vaccin	3 <sup>e</sup> vaccin	
Veuillez indiquer les dates de vos vaccinations précédentes ainsi que les types de vaccins qui vous ont été administrés (à partir du deuxième vaccin). [ Mise en garde 1 ] Veuillez entourer parmi les propositions ① à ③ suivantes, celle qui correspond au type de vaccin vous ayant été administré : ① Cervarix (bivalent), ② Gardasil (quadrivalent) et ③ autres. [ Mise en garde 2 ] Le père ou la mère / le tuteur, le patient ainsi que le médecin doivent s'efforcer de vérifier les vaccins ayant été administrés. En cas d'indisponibilité des registres médicaux et si les détails ne sont pas connus, le médecin devra noter « inconnu ».	1 <sup>er</sup> vaccin	/ / (j/m/a)		
		① / ② / ③		
	2 <sup>e</sup> vaccin	/ / (j/m/a)		
		① / ② / ③		
Le patient est-il souffrant aujourd'hui ? Si oui, décrivez la nature du mal. ( )	Oui	Non		
Le patient a-t-il été malade le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non		
Le patient a-t-il été vacciné le mois passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non		
Le patient a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs craniens, un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non		
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non		
Le patient a-t-il eu des convulsions par le passé ? Si oui, à quel âge ? ( )	Oui	Non		
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, le patient avait-il de la fièvre ?	Oui	Non		
Le patient a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments ?	Oui	Non		
Le patient a-t-il un membre de la famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital ?	Oui	Non		
Le patient a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non		
Un membre de la famille ou un parent du patient a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ?	Oui	Non		
Y-a-t-il des possibilités qu'elle soit enceinte (par exemple, menstruation en retard ou règles absentes) ? [ Mise en garde ] Il est important d'être très vigilant lors de la vaccination des femmes enceintes.	Oui	Non		
Avez-vous des questions concernant la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non		
<p>Commentaire du médecin</p> <p>Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que le patient ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui. J'ai expliqué au père ou à la mère / au tuteur (ou au patient lui-même, s'il est âgé de 16 ans ou plus) les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination.</p> <p>Signature ou Nom et Cachet du médecin :</p>				

Le patient a été interrogé par le médecin et ce même médecin m'a expliqué les avantages, objectifs et risques (y compris les effets secondaires graves) de la vaccination ainsi que le type de prise en charge fournie en cas d'événements indésirables. J'estime avoir compris ces informations.  
Je ( consens / ne consens pas ) \* à la vaccination du patient.  
\* Veuillez encercler votre choix.  
Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal.

Signature du père ou de la mère / du tuteur, ou du patient lui-même : \_\_\_\_\_  
(\* Si le patient est âgé de moins de 16 ans, la signature du père ou de la mère / du tuteur est requise.)

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin Numéro du lot [ Mise en garde ] S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	Injection intramusculaire  0,5 mL	Institution : Nom du médecin : Administré le : / / (j/m/a)

## Questionnaire de dépistage pour le vaccin contre l'infection au virus du papillome humain (Pour les enfants non accompagnés par un parent ou un tuteur)

### Explication préalable à la vaccination contre l'infection au virus du papillome humain

○ À l'attention du père ou de la mère/tuteur : veuillez à lire le présent document.

**\* [Pour le père, la mère ou le tuteur d'un enfant à vacciner dont l'âge correspond à la période entre la sixième année de l'école primaire et la première année du lycée (à l'exception des personnes âgées de 16 ans ou plus)]**

Auparavant, le père, la mère ou le tuteur était tenu d'accompagner l'enfant devant se faire vacciner. Toutefois, uniquement dans le cas de la vaccination contre l'infection au virus du papillome humain, les enfants âgés de 13 ans ou plus (entre la première année de collège et la première année de lycée [à l'exception des personnes âgées de 16 ans ou plus]) peuvent se faire vacciner même s'ils ne sont pas accompagnés par leur parent ou tuteur, à condition que ce dernier ait lu, compris et signé le présent document permettant la vaccination de l'enfant.

(Veuillez à ce que votre enfant apporte le présent document le jour de la vaccination.)

Avant de signer ce questionnaire de dépistage, en cas de questions sur la vaccination, veuillez consulter votre médecin, votre dispensaire ou le bureau municipal chargé de la vaccination afin d'en comprendre pleinement les avantages et les risques avant de prendre une décision à son sujet.

#### 1 Symptômes de l'infection au virus du papillome humain (VPH)

Le virus du papillome humain, virus qui peut affecter la peau et la muqueuse, comporte plus de 100 types différents. Les virus affectant les muqueuses envahissent principalement les muqueuses génitales par le biais d'une petite plaie sur la muqueuse provoquée par des rapports sexuels. On estime que plus de la moitié des femmes ayant des rapports sexuels à l'étranger sont infectées par ces virus au moins une fois au cours de leur vie.

Parmi les VPH affectant les muqueuses, au moins 15 types sont détectés dans le cancer de l'utérus et nommés « VPH à risque élevé ». Deux VPH à risque particulièrement élevé, le Type 16 et le Type 18, sont détectés de manière fréquente, et les études indiquent que ceux-ci sont impliqués dans près de 70 % des cas de cancers de l'utérus à l'étranger. Outre le cancer de l'utérus, on présume qu'au moins 90 % des cancers de l'anus et 40 % des cancers du vagin, de la vulve et du pénis à l'étranger sont liés à ces deux virus. Il a été confirmé que les virus non classés dans les catégories à risque élevé provoquent un condylome acuminé à savoir une verrue génitale bénigne.

#### 2 Avantages et effets secondaires de la vaccination

Les vaccins sont constitués de composants viraux de plusieurs types de virus du papillome humain (VPH). Or, les enfants vaccinés sont immunisés contre ces virus. Un enfant immunisé est protégé contre les VPH.

La vaccination cause parfois des effets secondaires bénins et cause dans de très rares cas uniquement des effets secondaires graves. Les réactions parfois observées après la vaccination sont telles qu'indiquées ci-après.

#### Principaux effets indésirables du vaccin contre le VPH

Les principaux effets indésirables incluent de la fièvre et des réactions locales (douleurs, érythèmes et gonflements). Des syncopes liées aux douleurs et aux réactions psychogènes provoquées par l'injection apparaissent parfois après la vaccination. Pour éviter les chutes liées aux syncopes, les enfants vaccinés doivent être assis sur un fauteuil et rester sous observation pendant environ 30 minutes.

À de rares occasions, des effets indésirables graves tels que les réactions anaphylactiques (urticaire, respiration difficile, voire choc), le syndrome de Guillain-Barre, le purpura thrombocytopénique (saignement de la peau, du nez et des muqueuses buccales) et encéphalomyélite aiguë disséminée (AMAD) ont été rapportés.

\* Pour de plus amples informations, veuillez également consulter le site Internet de votre municipalité, les brochures d'informations qui vous sont envoyées individuellement, etc.

#### 3 Systèmes pour prendre en charge les sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination

○ Selon la Loi sur la Vaccination Préventive, un sujet atteint d'effets secondaires dus à une vaccination de routine et qui nécessite un traitement médical ou dont la capacité à effectuer les activités quotidiennes normales est amoindrie pour cause de lésion peut être dédommagé par le gouvernement.

○ Le dédommagement comprend le paiement de : frais médicaux, indemnités médicales, annuité pour enfants handicapés, rente annuelle d'invalidité, capital décès forfaitaire et frais d'obsèques ; la loi classant ces différents dédommagements selon la gravité de la lésion. Le dédommagement respectif est payé selon les dispositions de la loi. Le dédommagement, à l'exception du capital décès et des frais d'obsèques, est payé de façon continue jusqu'à la fin du traitement ou jusqu'à amélioration de la santé.

○ Avant paiement du dédommagement au patient, la commission d'examen gouvernementale doit tout d'abord certifier que la lésion est due à la vaccination. Cette commission comprend des spécialistes en matière de vaccination, médecine infectieuse, droit et autres disciplines pertinentes, qui débattent de la relation de cause entre la lésion rapportée et la vaccination; autrement dit, ils établissent si la lésion rapportée est due à la vaccination ou à d'autres facteurs (infection avant ou après la vaccination, ou autres causes).

\* Si vous estimez devoir faire une demande de dédommagement, consultez le médecin qui a vu votre enfant avant la vaccination, le dispensaire ou le bureau municipal chargé de la vaccination.

#### 4 Mises en garde pour la vaccination

En principe, un enfant doit être en bonne santé pour pouvoir se faire vacciner. Si votre enfant est souffrant, veuillez consulter votre médecin pour décider s'il peut ou non se faire vacciner.

Si votre enfant présente l'une quelconque des conditions suivantes, il ne peut pas se faire vacciner.

- 1) Fièvre manifeste (37,5°C ou plus)
  - 2) Maladie aiguë
  - 3) Un antécédent d'anaphylaxie due à un composant contenu dans la préparation du vaccin
  - 4) Autres conditions jugées inadéquates par le médecin
- Ne faites pas vacciner votre fille si elle est enceinte.

○ À l'attention du père ou de la mère/tuteur : veuillez à lire ce qui suit.

Après avoir lu attentivement et pleinement compris ce qui précède, veuillez prendre une décision quant à la vaccination ou non de votre enfant. Si vous décidez de le faire vacciner, veuillez signer ce qui suit, dans la colonne père ou mère/tuteur.

**(Sans votre signature, les enfants de moins de 16 ans ne sont pas autorisés à se faire vacciner.)**

Si vous ne voulez pas faire vacciner votre enfant, vous ne devez pas signer.

J'ai lu l'explication relative à la vaccination contre l'infection au virus du papillome humain et je comprends les avantages et les risques d'effets indésirables graves liés aux vaccins ainsi que le système d'indemnisation destiné aux personnes développant des pathologies liées à la vaccination. En tenant compte de ces facteurs, j'autorise mon enfant à se faire vacciner.

Je comprends que le présent document a été rédigé pour aider les parents et tuteurs à comprendre pleinement la vaccination et je consens à ce que ce formulaire soit présenté au bureau municipal.

Signature du père ou de la mère/ tuteur : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Numéro de contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

\* Le présent formulaire est nécessaire pour la vaccination contre l'infection au virus du papillome humain lorsqu'un enfant n'est pas accompagné d'un parent ou d'un tuteur. Lorsque votre enfant de moins de 16 ans se présente seul pour la vaccination, assurez-vous qu'il soit bien muni de ce formulaire.

**Sans signature du père, de la mère ou du tuteur sur le formulaire, les enfants de moins de 16 ans ne sont pas autorisés à se faire vacciner.**

**Questionnaire de dépistage**

		Température corporelle avant l'entretien		degrés	
Adresse					
Nom de l'enfant		M F	Date de naissance	Né le Âge (	/ / (j/m/a) ans mois)

Questionnaire pour la vaccination	Réponse		Commentaire du médecin
L'enfant est-il souffrant aujourd'hui ? Si oui, décrivez la nature de son mal. ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été malade le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été vacciné le mois passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs craniens un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu des convulsions par le passé ? Si oui, à quel âge ? ( )	Oui	Non	
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, l'enfant avait-il de la fièvre ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il un membre de la famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un parent de l'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ?	Oui	Non	
Y-a-t-il des possibilités qu'elle soit enceinte (par exemple, menstruation en retard ou règles absentes) ? [Mise en garde] Il est important d'être très vigilant lors de la vaccination des femmes enceintes.	Oui	Non	
<p>Consentez-vous à la vaccination de votre enfant, en tenant compte de ses maladies passées et de leur état au jour d'aujourd'hui ? Je ( consens / ne consens pas ) * à la vaccination de l'enfant. * Veuillez encercler votre choix. Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal.</p> <p style="text-align: center;">Signature du père ou de la mère/ tuteur :</p>			

<p>Commentaire du médecin</p> <p>Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que le patient ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui. J'ai expliqué au patient lui-même les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination.</p> <p style="text-align: center;">Signature ou Nom et Cachet du médecin :</p>
---

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin Numéro du lot [Mise en garde] S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	Injection intramusculaire  0,5 mL	Institution : Nom du médecin : Administré le : / / (j/m/a)

Questionnaire de dépistage pour la vaccination contre l'hépatite B

		Température corporelle avant l'entretien		degrés	
Adresse					
Nom de l'enfant		M F	Date de naissance	Né le	/ / (j/m/a)
Nom du père ou de la mère / tuteur					

Questionnaire pour la vaccination	Réponse		Commentaire du médecin
Avez-vous lu le document (que le bureau municipal vous a précédemment envoyé) vous expliquant la vaccination qui sera faite aujourd'hui ?	Oui	Non	
Veuillez répondre aux questions suivantes concernant l'enfant.			
Poids à la naissance L'enfant avait-il des résultats anormaux à la naissance ? ( ) g L'enfant avait-il des résultats anormaux après la naissance ?	Oui	Non	
Une anomalie quelconque a-t-elle été identifiée lors d'un contrôle chez le pédiatre ?	Oui	Non	
L'enfant est-il souffrant aujourd'hui ? Si oui, décrivez la nature de son mal. ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été malade le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un ami de l'enfant a-t-il eu la rougeole, la rubéole, la varicelle ou les oreillons le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été vacciné le mois passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs craniens, un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin ? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu des convulsions par le passé ? Si oui, à quel âge ? ( )	Oui	Non	
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, l'enfant avait-il de la fièvre ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments ?	Oui	Non	
L'enfant souffre-t-il d'hypersensibilité au latex* ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il un membre de sa famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un parent de l'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il reçu une transfusion de sang ou de dérivés de sang ou a-t-il pris un médicament appelé gamma-globuline pendant les 6 derniers mois ?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il bénéficié d'une vaccination contre l'hépatite B après la naissance en prévention de la transmission mère-enfant ?	Oui	Non	
Avez-vous des questions concernant la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui	Non	
Commentaire du médecin Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que l'enfant ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui. J'ai expliqué au père, mère/tuteur les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination. Signature ou Nom et Cachet du médecin :			

L'enfant a été interrogé par le médecin et ce même médecin m'a expliqué les avantages, objectifs et risques (y compris les effets secondaires graves) de la vaccination ainsi que le type de prise en charge fournie en cas d'événements indésirables. J'estime avoir compris ces informations.  
Je ( consens / ne consens pas )\* à la vaccination de l'enfant. \* Veuillez encercler votre choix.  
Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal.  
Signature du père ou de la mère / tuteur :

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin Numéro du lot [Attention] S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	* (Injection sous-cutanée)  mL	Institution : Nom du médecin : Administré le : / / (j/m/a)

(Note) L'hypersensibilité au latex est une hypersensibilité immédiate aux produits en caoutchouc naturel. Elle est présumée en cas de réaction allergique lors de l'utilisation de gants en latex. Veuillez également nous informer en cas d'allergie aux fruits, etc. (bananes, châtaignes, kiwis, avocats, melons, etc.) connus pour leur réaction croisée au latex.

## Questionnaire médical préalable au vaccin contre l'infection à rotavirus

\*Le tuteur doit remplir les cadres en gras

<b>Adresse</b> 〒		<b>Date de vaccination</b>	(année) (mois) (jour)	
		<b>Température avant la consultation</b>	degrés 分	
		<b>Tél.</b>	( ) - ( )	
<b>Nom et prénom de l'enfant</b> (en alphabet)	<b>Garçon / Fille</b>	<b>Date de naissance</b>	(année) (mois) (jour)	
<b>Nom et prénom du tuteur</b>			(...semaines et ... jours après la naissance)	
			Nombre de jours et de semaines après la naissance, en comptant le lendemain de la naissance comme le jour 1.	
			En cas de première vaccination, avez-vous bien vérifié que l'enfant n'a pas plus de 14 semaines et 6 jours ?	
			Réservé à l'établissement médical (Cocher <input type="checkbox"/> )	

Questions	Réponses			Réservé au médecin
S'agit-il du premier, du deuxième ou du troisième vaccin ?	Premier	Deuxième	Troisième	
Veuillez inscrire les dates du/des précédent(s) vaccin(s) (uniquement si le présent vaccin est le deuxième ou au-delà.) <small>* Vérifier qu'il y a un intervalle minimum de 27 jours avec le dernier vaccin contre le rotavirus.</small>	Premier	(année) (mois) (jour)		
	Deuxième	(année) (mois) (jour)		
Avez-vous lu la brochure explicative sur ce vaccin qui vous a été distribuée par la municipalité ?	Oui		Non	
Êtes-vous au courant des effets de ce vaccin ou de ses effets ?	Oui		Non	
Vous a-t-on bien expliqué les risques d'invagination ?	Oui		Non	
Questions sur l'histoire du développement de votre enfant				
Poids à la naissance				g
Y a-t-il eu une anomalie lors de l'accouchement ?	Oui		Non	
Y a-t-il eu une anomalie après la naissance ?	Oui		Non	
Vous a-t-on déjà parlé d'une anomalie lors d'une consultation pédiatrique ?	Oui		Non	
L'enfant souffre-t-il actuellement à un quelconque endroit du corps ? Veuillez nous écrire les symptômes précis ( )	Oui		Non	
Est-il tombé malade durant le mois passé ? Nom de la maladie ( )	Oui		Non	
Une personne de votre famille ou de votre entourage a-t-elle contracté durant le mois passé une maladie telle que la rougeole, la rubéole, la varicelle ou les oreillons ? Nom de la maladie ( )	Oui		Non	
L'enfant a-t-il reçu un vaccin durant le mois passé ? Type de vaccin ( ) Jour de vaccination ( )	Oui		Non	
A-t-il déjà souffert d'une invagination ? Aussi, souffre-t-il d'un trouble du tube digestif congénital toujours en cours de traitement ? <small>* Dans ce cas, il n'est pas possible de lui administrer le vaccin contre le rotavirus.</small>	Oui		Non	
Lui a-t-on déjà diagnostiqué une immunodéficience ? Par ailleurs, lui est-il déjà arrivé de contracter à répétition une maladie infectieuse telle qu'une pneumonie ou une otite ou des diarrhées à répétition ou a-t-il eu des difficultés à prendre du poids ? * Dans certains cas, le vaccin ne peut pas être administré.	Oui		Non	
Par ailleurs, consulte-t-il un médecin pour une anomalie congénitale, un trouble digestif, une maladie du cœur, des reins, du foie, du sang ou des nerfs crâniens ou une autre maladie qu'il a contractée ? Nom de la maladie ( )	Oui		Non	
Le médecin qui le suit pour cette maladie vous a-t-il confirmé qu'il lui est possible de recevoir le vaccin d'aujourd'hui ?	Oui		Non	
Lui est-il déjà arrivé d'avoir des convulsions (spasmes) ? ( à combien de mois : )	Oui		Non	
À ce moment, a-t-il eu de la fièvre ?	Oui		Non	
A-t-il déjà eu des éruptions cutanées ou de l'eczéma ou s'est-il déjà senti mal après avoir ingéré un médicament ou un aliment ?	Oui		Non	
Nom du médicament ou de l'aliment ( )				
S'est-il déjà senti mal après avoir été vacciné ?	Oui		Non	
Type de vaccin ( )				
Sa mère a-t-elle pris des médicaments immunosuppresseurs pendant la grossesse ?	Oui		Non	
Nom du médicament ( )				
Un proche parent a-t-il été diagnostiqué pour immunodéficience congénitale ?	Oui		Non	
Un parent proche s'est-il senti mal après avoir été vacciné ?	Oui		Non	
Lui a-t-on déjà fait une transfusion sanguine ou une injection de gammaglobuline ?	Oui		Non	
Avez-vous des questions sur la vaccination d'aujourd'hui ?	Oui		Non	

### Réservé au médecin

Suite au questionnaire ci-dessous et à la consultation, je considère que la vaccination d'aujourd'hui **(peut être réalisée, devrait être annulée)**. J'ai expliqué au tuteur de l'enfant les effets du vaccin, ses éventuels effets secondaires (notamment l'invagination), le système de secours en cas de préjudice de santé causé par un vaccin, etc.

**Nom et cachet avec mention du nom du médecin**

### À remplir par le tuteur

Je reconnais avoir bénéficié d'une consultation et d'explications d'un médecin et j'ai compris les effets et l'objectif du vaccin, les risques d'effets secondaires graves (d'invagination en particulier) et le système de secours en cas de préjudice de santé causé par un vaccin et **(accepte - n'accepte pas)** que mon enfant reçoive ce vaccin. \*Veuillez entourer l'un des deux éléments entre parenthèses.

Ce questionnaire médical préalable a pour but de garantir la sûreté de la vaccination. Pour cette raison, je consens à ce que ce questionnaire médical préalable soit soumis à cet effet à la municipalité.

**Signature du tuteur**

Nom du vaccin administré	Quantité du vaccin	Lieu de réalisation, nom du médecin et date de vaccination		
Nom du vaccin Lot N°.	<b>Vaccination orale</b>		Lieu de réalisation	
	RotaTeq® 2mL	Rotarix® 1.5mL	Nom du médecin	
Note : Vérifier absolument la date de validité du vaccin			Date de vaccination	(année) (mois) (jour)