

Le Département de santé de Cincinnati
Santé pour l'école et les adolescents

Formulaire de consentement pour le vaccin saisonnier contre la grippe 2021-2022

REPLISSEZ CE FORMULAIRE SEULEMENT SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT FASSE LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE

A. Nom de l'école / SCHOOL NAME /:

NOM de l'élève /STUDENT NAME (Last)	(Prénom) (First name)	(M.I.)	Niveau GRADE/HR-
Date de naissance /DATE OF BIRTH	AGE	GENDER/Sex M / F	RACE/la race
STREET ADDRESS/ ADRESSE	Ville /CITY	STATE/Etat	ZIP/code postal
INSURANCE STATUS: SITUATION D'ASSURANCE			
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CareSource <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Paramount <input type="checkbox"/> Buckeye <input type="checkbox"/> No Insurance <input type="checkbox"/> Private Insurance/assurance privée _____ Insurance Billing#/facturation _____ Medical Card Billing Number#/numéro de la carte médicale facturation _____ Child's SS#/ numero de social de l'élève _____ * Aucun étudiant ne se verra refuser le vaccin contre la grippe en raison de l'incapacité de payer ou de manque d'assurance.			

B. Afin de déterminer si votre enfant a besoin d'une dose de rappel, veuillez répondre à cette question:

1. Est-ce que votre enfant a reçu **2 doses** de vaccin contre la grippe saisonnière depuis juillet 2010 ? Oui No incertain

C. S'il vous plaît répondre à toutes les questions suivantes :

	Oui	No
1. est-ce que l'étudiant est aujourd'hui malade avec une fièvre ou avec une maladie respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. est-ce que l'élève a une grave allergie aux œufs, au thimérosal ou un autre composant du vaccin de la grippe ?/ si l'élève est entre les âges de 2 à 4 ans : au cours des 12 derniers mois est ce qu'un médecin ou un soignant de santé vous a dit qu'il ou elle avait une respiration sifflante ou asme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est-ce que l'élève a eu une réaction grave à une dose précédente de vaccin de la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est ce que l'étudiant n'a jamais eu le Syndrome de Guillain-Barré (une temporaire grave faiblesse muscle) dans les 6 semaines après avoir fait le vaccin contre la grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. S'il vous plaît répondre à toutes les questions suivantes :

	Oui	No
1 Est-ce que l'élève a un problème de santé à long terme avec problème cardiaque, pneumonie, asme, maladie rénale, maladies neurologiques ou neuromusculaires, maladie du foie, maladies métaboliques (ex : diabète), anémie ou une autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. si l'élève est entre les âges de 2 à 4 ans : au cours des 12 derniers mois est ce qu'un médecin ou un soignant de santé vous a dit qu'il ou elle avait une respiration sifflante ou asme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Est ce que cet élève a un système immunitaire affaibli en raison du VIH/sida ou d'une autre maladie qui affecte le système immunitaire, un traitement à long terme avec des médicaments tels que des doses élevées de stéroïdes ou le traitement du cancer avec des radiations ou des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce cet élève est en contact étroit avec quelqu'un qui a besoin de soins dans un environnement protégé (par exemple, une personne qui a eu une greffe de moelle osseuse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que l'élève est sur un traitement à l'aspirine à long terme ou thérapie contenant de l'aspirine ? (Par exemple, la personne prend de l'aspirine tous les jours ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est ce que L'étudiant reçoit des médicaments antiviraux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Est ce que La personne est enceinte ou pourrait le devenir dans le mois suivant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Est-ce que la personne a reçu l'une de ces vaccinations suivantes au cours des 30 derniers jours ? ROR, varicelle ou grippe Mist ? Dans l'affirmative, donnez type et date. Recent Vaccinations : _____ Date reçu: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Consentement

CONSENTEMENT POUR LA VACCINATION :	
Je comprends que je vais recevoir le document d'Information du vaccin contre la grippe qui est offert par le département de santé de Cincinnati et un avis de confidentialité avant que mon enfant recevra le vaccin.	
Je donne mon consentement pour que l'étudiant nommé en haut de ce formulaire peut recevoir le vaccin contre la grippe.	
Signature du Parent/ tuteur _____ Nom du Parent/Tuteur / _____	Date: month/mois _____ day/jour _____ year/année _____
Accord pour VACCINATION _____ numero de telephone personnel _____	

F: Carnet de vaccination (pour usage administratif seulement) :

Vaccine/ vaccin	Date Dose Administree	Route	Lot Number	Nom et titre de l'administrateur du vaccin
2021 saisonnier 1 Flu/ grippe	/ /2021	bras gauche bras droite <input type="checkbox"/> IM		
Booster /dose	/ /2021	bras gauche bras droite <input type="checkbox"/> IM		