**Exemple de formulaire de consentement**

**pour les vaccins à ARNm contre la COVID-19 contenant Omicron XBB.1.5 de**

**Comirnaty de Pfizer-BioNTech et Spikevax de Moderna**

**Mis à jour – novembre 2023**

**Nom**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prénom**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numéro de la carte de santé/Numéro de la carte de statut de membre des Premières Nations**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Courriel**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse municipale**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ville**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Province**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Code postal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Date de naissance** : Mois \_\_\_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_\_ **Âge** : \_\_\_\_\_\_\_

**Genre/Sexe** : (insérer le choix par préférences de collecte de données)

**Remarque :** « **vous** » **fait référence à la personne qui se fait vaccinée**

Combien de doses de vaccins contre la COVID-19 avez-vous déjà reçues? \_\_\_\_\_\_\_

**Indiquez le nom et la date du dernier vaccin contre la COVID-19 que vous avez reçu**, si vous le savez.

Nom de vaccin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (mois / jour / année)

|  |  |
| --- | --- |
| **Vous sentez-vous mal aujourd’hui?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Avez-vous été infecté par la COVID-19?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez indiquer la date à laquelle les symptômes ont commencé et quand le test a été positif, si vous la connaissez (sur la base de votre infection la plus récente si vous avez eu plus d'une infection) |
| **Avez-vous eu des effets secondaires après des doses précédentes de vaccin contre la COVID-19** (notamment des réactions allergiques, une inflammation cardiaque [myocardite ou péricardite])? | Non o Oui o Aucune dose précédente oSi la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Avez-vous une allergie ou pourriez-vous être allergique au polyéthylène glycol (PEG)a?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Avez-vous une allergie ou pourriez-vous être allergique à la trométhamine (trométamol ou Tris)b?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un autre vaccin (un autre type de vaccin contre la COVID-19 ou un vaccin autre que contre la COVID-19) ou à un autre médicament administré par injection ou par voie intraveineuse?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte?** | Non o Oui o S/O o |
| **Avez-vous des problèmes concernant votre système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent nuire le système immunitaire** (par exemple, des stéroïdes à forte dose, de la chimiothérapie ou des médicaments contre l’arthrite)?*Si vous n’êtes pas sûr de votre état de santé, demandez au fournisseur de soins de santé* | Non o Oui o Incertain oSi la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Souffrez-vous d’un trouble hémorragique ou prenez-vous des médicaments qui pourraient affecter la coagulation du sang?***Si vous n’êtes pas sûr de votre état de santé, demandez au fournisseur de soins de santé* | Non o Oui o Incertain oSi la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Vous sentez-vous particulièrement anxieux ou effrayé par l'aiguille?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Vous êtes-vous déjà senti faible ou vous êtes-vous déjà évanoui après une vaccination ou une intervention médicale?** | Non o Oui o Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| 1. Le polyéthylène glycol (PEG) peut provoquer dans de rares cas des réactions allergiques; il est présent dans certains produits, notamment dans des produits en vente libre (par exemple, sirop contre la toux, laxatifs) et dans les médicaments d’ordonnance, les produits médicaux de préparation intestinale pour la colonoscopie, les produits de soins de la peau, les matières de remplissage dermique, les cosmétiques, les solutions pour lentilles de contact et les produits tels que le gel pour ultrasons. Veuillez noter que cette liste n’est pas exhaustive. Le PEG peut également être présent dans des aliments ou des boissons, mais il n’est pas connu pour provoquer des réactions allergiques aux aliments ou aux boissons.
2. La trométhamine (trométamol ou Tris) peut provoquer dans de très rares cas des réactions allergiques; il est présent dans certains médicaments injectés pour faire des tests (produits de contraste) ainsi que dans d’autres médicaments pris par voie orale ou par injection, et dans certaines crèmes et lotions. Veuillez noter que cette liste n’est pas exhaustive.
 |

**J’ai lu (ou on me l’a lue) et je comprends la « Fiche de renseignements sur les vaccins à ARNm contre la COVID-19 contenant Omicron XBB.1.5 de Comirnaty de Pfizer-BioNTech et Spikevax de Moderna ». J’ai eu l’occasion de poser des questions et d’obtenir des réponses satisfaisantes.**

 **Je consens à recevoir le vaccin (Comirnaty XBB.1.5 de Pfizer-BioNTech ou Spikevax XBB.1.5 de Moderna).**

 **Je consens à ce que mon enfant reçoive le vaccin (Comirnaty XBB.1.5 de Pfizer-BioNTech ou Spikevax XBB.1.5 de Moderna).**

Signature / signature du parent ou tuteur **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nom en caractères d’imprimerie **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Date de signature **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si vous signez pour une autre personne que vous-même, indiquez votre relation avec cette autre personne :

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ☐ Je confirme que je suis le parent / tuteur légal ou le mandataire spécial.

**Voir ci-dessous pour les questions supplémentaires.**

**Questions supplémentaires pour aider à comprendre quelles sont les populations qui reçoivent le vaccin contre la COVID-19**

1. **Race/origine ethnique :** Veuillez cocher les cases correspondantes

*Ces renseignements sont demandés afin de garantir que le vaccin est fourni d’une manière accessible à tous ceux qui voudraient le recevoir.*

* + Noir (par exemple, d’origine africaine, afro-caribéenne ou afro-canadienne)
	+ Asie de l’Est ou du Sud-Est (par exemple, d’origine chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise ou d’origine philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne, autre origine d’Asie du Sud-Est)
	+ Autochtone (par exemple, d’origine des Premières Nations, Inuks/Inuits, Métis)
	+ Latino (par exemple, d’origine latino-américaine ou hispanique)
	+ Moyen-Orient (par exemple, d’origine arabe, persane, ouest-asiatique – c’est-à-dire d’origine afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde)
	+ Asie du Sud (par exemple, d’origine sud-asiatique – c’est-à-dire d’origine indienne, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-antillaise)
	+ Blanc (par exemple, d’origine européenne)
	+ Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Préfère ne pas répondre
	+ Je ne sais pas

**Si vous êtes autochtone**, indiquez quelle est votre identité autochtone :

* Premières Nations
* Métis (comprend les membres d’une organisation ou d’un établissement métis)
* Inuk/Inuit
* Autre autochtone, veuillez préciser : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* Préfère ne pas répondre
* Je ne sais pas

Résidez-vous dans une **collectivité des Premières Nations** (dans une réserve ou sur des terres de la Couronne) ou une **communauté inuite**?

 Oui o Non o Je préfère ne pas répondre o Je ne sais pas o

1. Avez-vous des **problèmes de santé sous-jacents** (maladie cardiaque, maladie pulmonaire, cancer, hypertension artérielle, diabète, problèmes liés à votre système immunitaire, prise de médicaments qui nuisent à votre système immunitaire, maladie rénale, maladie du foie)?

Oui o Non o Je préfère ne pas répondre o Je ne sais pas o

**À usage de la clinique seulement**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccin** | **Dose** | **Numéro de lot** | **Date d’expiration** | **Site et voie** | **Heure d’administration** | **Date d’administration****Mois/jour/année** | **Administré par****Nom et désignation** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Commentaires:**