**Exemple de formulaire de consentement pour le vaccin contre la COVID-19 Nuvaxovid de Novavax pour les personnes âgés de 12 ans et plus**

**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?

Aucune  Une  Deux  Trois 

Si vous avez déjà reçu un vaccin contre la COVID-19, **indiquez le ou les noms des vaccins contre la COVID-19 que vous avez déjà reçus**, si vous le savez.

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Vous sentez-vous mal aujourd’hui?** | Non  Oui  Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Avez-vous été infecté par la COVID-19?** | Non  Oui  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 |
| **Avez-vous eu des effets secondaires après des doses précédentes de vaccin contre la COVID-19** (notamment des réactions allergiques, une inflammation cardiaque [myocardite/péricardite])? | Non  Oui  Aucune dose précédente Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Êtes-vous allergique ou pourriez-vous être allergique au polysorbate 801?** | Non  Oui  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  Oui  Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Êtes-vous ou pourriez-vous être enceinte?** | Non  Oui  S/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  Oui  Incertain Si 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  Oui  Incertain Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |
| **Vous sentez-vous particulièrement anxieux ou effrayé par l'aiguille?** | Non  Oui  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  Oui  Si la réponse est oui, veuillez donner des détails |

1. Le polysorbate 80 peut provoquer dans de rares cas des réactions allergiques; il est présent dans certains produits, notamment dans des préparations médicales (p. ex. huiles vitaminées, comprimés et agents anticancéreux) et dans des cosmétiques. 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 le vaccin contre la COVID-19 Nuvaxovid de Novavax pour les personnes âgés de 12 ans et plus ». J’ai eu l’occasion de poser des questions et d’obtenir des réponses satisfaisantes. Je consens à recevoir le vaccin.**

Signature **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ Je 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 : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* Je 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  Non  Je préfère ne pas répondre  Je ne sais pas 

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  Non  Je préfère ne pas répondre  Je ne sais pas 

**À usage de la clinique seulement**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccin** | **Dose** | **Numéro de lot** | **Date d’expiration** | **Site d’injection et voie** | **Heure d’administration** | **Date d’administration****mois/jour/année** | **Administré par****Nom et désignation** |
| **Vaccin contre la COVID-19 Nuvaxovid de Novavax** | **0,5 ml** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Commentaires :**