

Consentement à l'administration du vaccin contre la COVID-19

Le Cincinnati Children's Hospital Medical Center va proposer un vaccin contre la COVID-19 en 2 doses aux élèves âgés de 12 ans et plus.

COMPLÉTEZ CE FORMULAIRE UNIQUEMENT SI VOUS AUTORISEZ VOTRE ENFANT À RECEVOIR LA 1^{ÈRE} ET LA 2^{ÈME} DOSE DU VACCIN CONTRE LA COVID-19

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---------------|
| NOM DE L'ÉCOLE : | | | ANNÉE/CLASSE TITULAIRE : | | |
| COMPLÉTEZ LES INFORMATIONS DU PATIENT EN LETTRES CAPITALES | | | | | |
| NOM DE L'ÉLÈVE (nom de famille, prénom) | | | | N° de dossier médical/N° de contrôle : | |
| Date de naissance : | Sexe à la naissance : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre | Groupe ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Non hispanique | Parent/Aidant principal (si différent du patient) : | | |
| Origine raciale : <input type="checkbox"/> Autochtone d'Alaska <input type="checkbox"/> AM - Amérindienne <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noire/Afro-américaine <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï <input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Préfère ne pas divulguer <input type="checkbox"/> Inconnue | | | | | |
| Numéro et nom de la rue : | | Ville : | État : | Comté : | Code postal : |
| N° de téléphone fixe : | | Autre n° de téléphone/portable : | Adresse courriel : | | |
| CONTACT EN CAS D'URGENCE : | | | | | |
| Nom : _____ Parenté : _____ N° de téléphone : _____ | | | | | |
| Pouvons-nous laisser des messages à votre contact en cas d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| QUESTIONS PRÉALABLES À LA CONSULTATION : | | | | | |
| 1. L'enfant a-t-il été testé positif à la COVID-19 au cours des 10 derniers jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 2. L'enfant présente-t-il l'un des symptômes suivants, nouveau ou aggravé : toux, vomissements, diarrhée, fièvre, nouvelle perte de l'odorat, nouvelle perte du goût, mal de gorge ou écoulement nasal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 3. L'enfant est-il actuellement mis en quarantaine sur décision du département de la santé (y compris les avis de l'école, de la garderie ou du lieu de travail) en raison d'une exposition à la COVID-19 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 4. L'enfant a-t-il reçu un traitement par anticorps ou plasma administré par injection dans la veine pour la COVID-19 au cours des 90 derniers jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 5. L'enfant a-t-il présenté une réaction allergique grave à la suite d'un vaccin ou de l'administration d'un médicament par injection ou dans une veine, qui a entraîné des difficultés respiratoires, l'utilisation d'un Epi-Pen ou un traitement médical d'urgence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 6. L'enfant a-t-il reçu un vaccin au cours des 14 derniers jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | | |
| 7. L'enfant a-t-il reçu la première dose du vaccin contre la COVID ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand et où ? | | | | | |
| Où _____ | | | Quand _____ | | |
| Si vous avez répondu « Oui » aux questions 1, 2, 3, 4 ou 6, l'enfant ne sera pas autorisé à recevoir le vaccin contre la COVID pour le moment. Veuillez contacter votre fournisseur de soins primaires pour déterminer quand ce vaccin pourra être administré à votre enfant. | | | | | |
| Si vous avez répondu « Oui » à la question 5, veuillez prendre rendez-vous pour le vaccin au Cincinnati Children's Hospital ou auprès de votre prestataire de soins primaires. Vous pouvez prendre rendez-vous sur le site Internet https://www.cincinnatichildrens.org/patients/coronavirus-information/vaccines/schedule (uniquement disponible en anglais). | | | | | |

AUTORISATION D'UTILISATION D'URGENCE (EUA) DU VACCIN PFIZER-BIONTECH CONTRE LA COVID-19 POUR PRÉVENIR LA MALADIE À CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DE 12 ANS ET PLUS

Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 vous est proposé pour prévenir la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) causée par le SARS-CoV-2. Cette fiche d'information est conçue pour vous aider à comprendre les risques et les bienfaits liés à l'administration du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19, que vous pourriez recevoir en raison de la pandémie actuelle de COVID-19.

Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 est un vaccin qui pourrait vous éviter de contracter la COVID-19. Il n'existe pas de vaccin approuvé par l'Agence américaine des produits alimentaires et médicamenteux (U.S. Food and Drug Administration, ou FDA) pour prévenir la COVID-19. Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 est administré en une série de 2 doses, à 3 semaines d'intervalle l'une de l'autre, dans le muscle. Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 pourrait ne pas protéger tout le monde.

QUI DOIT RECEVOIR LE VACCIN PFIZER-BIONTECH CONTRE LA COVID-19 ?

La FDA a autorisé l'utilisation d'urgence du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 chez les personnes âgées de 16 ans et plus.

QUI NE DOIT PAS RECEVOIR LE VACCIN PFIZER-BIONTECH CONTRE LA COVID-19 ?

Vous ne devez pas recevoir le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 si vous :

- avez présenté une réaction allergique grave après l'administration d'une dose précédente de ce vaccin ;
- avez présenté une réaction allergique grave à l'un des composants de ce vaccin.

QUELS SONT LES BIENFAITS DU VACCIN PFIZER-BIONTECH CONTRE LA COVID-19 ?

Dans un essai clinique en cours, il a été démontré que le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 prévenait la COVID-19 après 2 doses administrées à 3 semaines d'intervalle. La durée de protection contre la COVID-19 est actuellement inconnue.

QUELS SONT LES RISQUES DU VACCIN PFIZER-BIONTECH CONTRE LA COVID-19 ?

Il existe un faible risque que le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 puisse provoquer une réaction allergique grave. Une réaction allergique grave se produirait généralement dans un délai de quelques minutes à une heure après l'administration d'une dose du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19. De ce fait, le professionnel chargé de votre vaccination pourrait vous demander de rester à l'endroit où vous avez reçu votre vaccin afin que vous puissiez être surveillé(e) après la vaccination. Les signes d'une réaction allergique grave peuvent comprendre :

- des difficultés à respirer, un gonflement du visage et de la gorge, l'augmentation de la fréquence cardiaque, une éruption cutanée grave sur tout le corps, des vertiges ou une faiblesse.

Les effets secondaires qui ont été rapportés pour le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 sont les suivants :

- réactions allergiques graves, réactions allergiques non graves telles que des éruptions cutanées, des démangeaisons, de l'urticaire ou un gonflement du visage, douleur au point d'injection, fatigue, maux de tête, douleurs musculaires, frissons, douleurs articulaires, fièvre, gonflement au point d'injection, rougeur au point d'injection, nausées, sensation de malaise, gonflement des ganglions lymphatiques (lymphadénopathie), diarrhée, vomissements, douleur au bras.

Consentement : *Je reconnais et déclare avoir lu et compris les déclarations contenues dans ce formulaire et avoir obtenu des réponses à toutes mes questions. J'ai été informé de l'objectif du vaccin contre la COVID-19, des risques et des bienfaits potentiels. Je consens et autorise de mon plein gré le Cincinnati Children's Hospital Medical Center, ci-après dénommé « CCHMC », à administrer le vaccin COVID à mon enfant. La deuxième dose doit être administrée 21 jours après la réception de la première dose. Votre enfant recevra sa deuxième dose au même endroit où il a reçu sa première dose.*

Signature du Parent ou de l'aidant principal : _____ Date : _____

Nom du parent ou de l'aidant principal en lettres capitales : _____ N° de téléphone portable : _____