

HUMAN PAPILOMAVIRUS (HPV) VACCINE – SECOND DOSE ONLY

PLEASE COMPLETE SECTIONS 1 AND 2

SECTION 1: STUDENT'S PERSONAL INFORMATION					
SCHOOL		GRADE	TEACHER (HOMEROOM)		
LAST NAME		FIRST NAME		DATE OF BIRTH (YYYY / MM / DD)	
BIRTH GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MEDICARE #	NAME OF PARENT / LEGAL GUARDIAN			
DAYTIME PHONE (work or home) <input type="checkbox"/> CELL		OTHER DAYTIME PHONE <input type="checkbox"/> CELL		PARENT'S / LEGAL GUARDIAN'S EMAIL	
A L E R T	DOES YOUR CHILD HAVE ALLERGIES? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*				
	*IF YES, TO WHAT AND WHAT TYPE OF REACTION:				
	DOES YOUR CHILD HAVE A HEALTH PROBLEM? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*				
	*PLEASE EXPLAIN:				
DOES YOUR CHILD TAKE ANY MEDICATIONS? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES*					
*PLEASE LIST :					

SECTION 2: PARENT / GUARDIAN CONSENT	
For the vaccine, check YES or NO, sign and date.	
Your signature will confirm the following:	
<ul style="list-style-type: none"> I have read the information I was given on the Human Papillomavirus (HPV) vaccine. I understand the benefits and possible reaction(s) for the vaccine and the risk of not getting immunized. 	
If you have any questions, please call your local Public Health office.	

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine – SECOND DOSE ONLY	
<input type="checkbox"/> YES, vaccinate my child.	
<input type="checkbox"/> NO, do not vaccinate my child.	
If no, please specify : _____	
Signature of parent/legal guardian ➔	Date (YYYY / MM / DD)

FOR PUBLIC HEALTH NURSE USE ONLY

SECTION 3 : TO BE COMPLETED BY PUBLIC HEALTH NURSE							
HPV	Lot #	Site	Route	Dosage	Date (YYYY/MM/DD)	Time	Signature
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9 DOSE 2		<input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left arm	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0.5 mL			

SECTION 4: PERSONAL IMMUNIZATION RECORD	
This section is to be completed by the Public Health nurse. The immunization record will be given to your child after their immunization. Please keep this record with your child's personal health files.	

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine – DOSE 2	
STUDENT'S NAME _____	
DOB (YYYY / MM / DD) _____	
MEDICARE # _____	
NAME OF VACCINE:	DATE (YYYY / MM / DD)
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9	TIME _____
NURSE'S SIGNATURE _____	

VACCIN CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH) – DEUXIÈME DOSE

VEUILLEZ REMPLIR LES SECTIONS 1 ET 2

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR L'ÉLÈVE

ÉCOLE		ANNÉE	PROFESSEUR TITULAIRE (CLASSE-FOYER)	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)
SEXÉ À LA NAISSANCE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° D'ASSURANCE-MALADIE	NOM DU PARENT/TUTEUR LÉGAL		
TÉLÉPHONE LE JOUR (travail ou domicile) <input type="checkbox"/> CELL.	AUTRE TÉLÉPHONE LE JOUR <input type="checkbox"/> CELL.	COURRIEL DU PARENT/TUTEUR LÉGAL		
A L E R T E	VOTRE ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*			
	*SI C'EST LE CAS, À QUOI EST-IL ALLERGIQUE ET QUEL TYPE DE RÉACTION A-T-IL? :			
	VOTRE ENFANT A-T-IL UN PROBLÈME DE SANTÉ? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*			
	*VEUILLEZ PRÉCISER:			
VOTRE ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI*				
*VEUILLEZ LES ÉNUMÉRER :				

SECTION 2 : CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR

Pour le vaccin ci-dessous, cochez OUI ou NON, signez et indiquez la date.

En signant, vous confirmez que :

- vous avez lu l'information qui vous a été donnée sur le vaccin contre le virus du papillome humain
- vous avez compris les avantages et les réactions possibles pour le vaccin, ainsi que le risque de ne pas se faire immuniser.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) - Deuxième dose

- OUI, vaccinez mon enfant.
 NON, ne vaccinez pas mon enfant.

Si non, veuillez préciser : _____

Signature du parent/tuteur légal

Date (AAAA-MM-JJ)



SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

SECTION 3 : DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ PUBLIQUE

	No de lot	Site	Voie	Dose	Date (AAAA/MM/JJ)	Heure	Signature
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9 DOSE 2		<input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> 0,5 ml			

SECTION 4 : FICHE D'IMMUNISATION PERSONNELLE

Cette section doit être remplie par l'infirmière en Santé publique. Cette fiche d'immunisation sera remise à votre enfant après son immunisation. Veuillez garder cette fiche avec les renseignements personnels sur la santé de votre enfant.

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) – DOSE 2

NOM DE L'ÉLÈVE	
DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
N° ASSURANCE-MALADIE	
NOM DU VACCIN :	DATE (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> GARDASIL 9	HEURE
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	