

# Formulaire de consentement pour le vaccin contre la COVID-19

Version 4.0 – 17 août 2021

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – vaccin contre la COVID-19

Nom de famille		Prénom		Identification (p. ex. numéro de carte Santé)	
Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Autre : _____				Clinicien en soins primaires (médecin de famille ou infirmière/infirmier praticien) :	
Si vous êtes autochtone, veuillez indiquer quelle est votre identité autochtone : <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Métis (inclut les membres des organisations ou des établissements métis) <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Autre Autochtone, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Inconnue					
Téléphone (maison)		Téléphone cellulaire			
Adresse municipale		Ville		Province	
Date de naissance (mois, jour, année) _____ / _____ / _____		Âge		Avez-vous déjà reçu une ou plusieurs doses d'un vaccin contre la COVID-19? Dans l'affirmative, veuillez remplir les renseignements ci-dessous pour toutes les doses de vaccin reçues. Date de la première dose : _____/_____/_____ (mois, jour, année) Nom du vaccin administré pour la première dose : _____ Date de la deuxième dose : _____/_____/_____ (mois, jour, année) Nom du vaccin administré pour la deuxième dose : _____	

## Consentement à recevoir le vaccin

J'ai lu (ou on me l'a lu) et je comprends le dossier de vaccination, y compris les documents suivants : « Feuillet d'information sur le vaccin contre la COVID-19 » et « Ce que vous devez savoir avant votre rendez-vous pour recevoir le vaccin contre la COVID-19 »

- J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant le vaccin que je reçois et d'obtenir des réponses satisfaisantes.

**Je consens à recevoir le vaccin, y compris toutes les doses recommandées dans la série.**

- Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment.
- Je comprends que si je retire mon consentement en tant que mandataire spécial d'une personne, je dois alors contacter le milieu collectif dans lequel la personne réside.

**Nota : Veuillez contacter la clinique de vaccination où vous êtes censé recevoir le vaccin contre la COVID-19 si vous changez d'avis et ne consentez plus à recevoir le vaccin. Cela permettra à quelqu'un d'autre de prendre votre place. Si le consentement a été retiré par un mandataire spécial d'une personne qui réside dans un milieu collectif, le milieu collectif doit alors contacter le bureau de santé publique local.**

## Reconnaissance de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation de renseignements médicaux personnels

Les renseignements médicaux personnels sur ce formulaire sont recueillis afin de vous fournir des soins et de créer un dossier d'immunisation pour vous et parce qu'il est nécessaire de le faire pour l'administration du programme de vaccination de l'Ontario contre la COVID-19. Ces renseignements seront utilisés et divulgués à cette fin et pour toute autre fin autorisée et requise par la loi. Par exemple,

- ils seront divulgués au médecin en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsque la divulgation est nécessaire pour les fins de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario;
- ils peuvent être divulgués à des fournisseurs de soins de santé qui vous prodiguent des soins, comme faisant partie de votre dossier de santé électronique.

Les renseignements seront conservés dans un système de dossiers médicaux sous la garde et le contrôle du ministère de la Santé.

Lorsqu'une clinique est administrée par un hôpital, l'hôpital recueille, utilise et divulgue vos renseignements à titre d'agent du ministère de la Santé.

**Je reconnais que j'ai lu et que je comprends l'énoncé ci-dessus.**

Vous pourriez être contacté par un hôpital, un bureau local de santé publique ou le ministère de la Santé pour des fins liées au vaccin contre la COVID-19 (par exemple, pour vous rappeler des rendez-vous de suivi et pour vous fournir une preuve de vaccination. Si vous consentez à recevoir ces communications de suivi par courriel, texto/message texte, veuillez l'indiquer en cochant l'une des cases suivantes.

**Je consens à recevoir des communications de suivi :**

**par courriel**    **par texto/message texte**

**Si vous choisissez par courrier électronique, veuillez indiquer votre adresse électronique :**

-----

### **Consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche**

Vous avez la possibilité de consentir à être contacté par des chercheurs relativement à la participation à des travaux de recherche sur le vaccin contre la COVID-19. Si vous consentez à être contacté, vos renseignements médicaux personnels seront utilisés pour déterminer quels travaux de recherche pourraient s'appliquer à vous, et votre nom et vos coordonnées seront divulgués aux chercheurs. Le consentement à être contacté relativement aux travaux de recherche ne signifie pas que vous avez consenti à participer aux travaux de recherche eux-mêmes. La participation aux travaux de recherche est facultative. Vous pouvez refuser de consentir à être contacté relativement aux travaux de recherche sans que cela n'affecte votre admissibilité à recevoir le vaccin contre la COVID-19.

Si vous ne souhaitez pas être contacté au sujet d'études de recherche, veuillez l'indiquer ci-dessous.

Si vous consentez à être contacté au sujet d'études de recherche, puis changez d'avis, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant le ministère de la Santé à l'adresse [vaccine@ontario.ca](mailto:vaccine@ontario.ca).

Cela n'aura aucune incidence sur votre admissibilité à recevoir le vaccin contre la COVID-19.

**Je consens à être contacté relativement aux travaux de recherche sur le vaccin contre la COVID-19 :**

**par courriel**    **par texto/message texte**    **par téléphone**    **par courriel**

**Si vous choisissez par courrier électronique, veuillez indiquer votre adresse électronique :**

-----

**Je ne consens pas à être contacté relativement aux travaux de recherche sur la COVID-19 :**

Signature

Nom en lettres moulées

Date de la signature

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

Si je signe pour quelqu'un d'autre que moi, je confirme que je suis le parent ou le tuteur légal ou le mandataire spécial de cette personne.

### **Enjeux spécifiques relatifs à la : *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée***

Le consentement du résident à recevoir le vaccin peut être retiré ou révoqué à tout moment.

### **Énoncé relativement à l'article 83 de la *Loi* :**

Veillez noter la protection légale suivante :

Le titulaire d'un permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que personne ne se fasse dire ou ne soit amené à croire qu'un résident éventuel se verra refuser l'admission ou qu'un résident recevra son congé du foyer du fait que, selon le cas :

- (a) un document n'a pas été signé;
- (b) une entente a été annulée;
- (c) un consentement ou une directive à l'égard d'un traitement ou de soins a été donné, n'a pas été donné, a été retiré ou a été révoqué.

RÉSERVÉ À LA CLINIQUE

Agent	COVID-19	Nom du produit		No de lot		Quantité de la dose	
Site anatomique	<input type="checkbox"/> Deltoïde gauche <input type="checkbox"/> Deltoïde droit		Voie	Intramusculaire		N° de dose	
Date de l'administration	____ / ____ / ____ (mois/jour/année)		Heure	____ : ____		EIAV? (après avoir reçu la dose actuelle)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Donné par (nom, titre)			Endroit			Autorisé par	
Raison de l'immunisation	<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé <input type="checkbox"/> SLD : résident <input type="checkbox"/> SLD : travailleur de la santé <input type="checkbox"/> SLD : non-employé (autre) <input type="checkbox"/> MR : travailleur de la santé <input type="checkbox"/> MR : résident <input type="checkbox"/> MR : fournisseur de soins essentiels <input type="checkbox"/> MR : non-employé (autre) <input type="checkbox"/> Âge avancé : résidence communautaire <input type="checkbox"/> Adulte recevant des soins en raison d'une maladie chronique <input type="checkbox"/> Communauté autochtone <input type="checkbox"/> Autre population prioritaire <input type="checkbox"/> Habitation collective : résident <input type="checkbox"/> Habitation collective : personnel <input type="checkbox"/> Habitation collective : fournisseur de soins essentiels						
Raison pour laquelle le vaccin n'a pas été donné	<input type="checkbox"/> Immunisation est contre-indiquée <input type="checkbox"/> Praticien recommande l'immunisation, mais aucun consentement du PATIENT <input type="checkbox"/> Praticien détermine que l'immunisation sera temporairement reportée <input type="checkbox"/> Non admissible sur le plan médical <input type="checkbox"/> Patient a retiré son consentement pour la série de vaccins						
Votre prochaine dose est prévue pour :	_____ / _____ / _____ (mois/jour/année)    ____ : ____						