

Formulaire de consentement à la vaccination contre la COVID-19

SECTION 1 : INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM DU PATIENT : _____

DATE DE NAISSANCE DU PATIENT : _____

NOM DU PARENT OU DU TUTEUR LÉGAL (SI LE PATIENT A MOINS DE 18 ANS) : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN JOURNÉE : _____

SECTION 2 : VACCIN CONTRE LA COVID-19

Veillez choisir la raison pour laquelle vous ou le patient qui vous accompagne recevez le vaccin contre la COVID-19 aujourd'hui :

- Je n'ai pas été vacciné ou je n'ai pas terminé une série de vaccins contre la COVID-19.
- J'ai terminé une série de vaccins contre la COVID-19, mais je présente un risque élevé pour ma santé ou un autre état qui me rend éligible à une dose supplémentaire.
- J'ai reçu un traitement actif contre le cancer pour des tumeurs ou des cancers du sang
 - J'ai reçu une greffe d'organe et je prends des médicaments pour inhiber le système immunitaire
 - J'ai reçu une greffe de cellules souches au cours des deux dernières années ou je prends des médicaments pour inhiber le système immunitaire
 - Immunodéficiences primaires modérées ou graves (telle que le syndrome de DiGeorge, le syndrome de Wiskott-Aldrich)
 - Infection au VIH avancée ou non traitée
 - Traitement actif avec des corticostéroïdes à forte dose (≥ 20 mg de prédnisone ou équivalent par jour) ou d'autres médicaments susceptibles de supprimer la réponse immunitaire
 - J'ai reçu un vaccin homologué dans un autre pays (comme le vaccin AstraZeneca, le vaccin Sputnik V ou le Sinovac) dans le cadre de mon travail et de ma vie à l'étranger.
 - J'ai reçu un vaccin contre la COVID-19 qui n'est pas encore homologué aux États-Unis (comme le vaccin AstraZeneca) en tant que volontaire dans un essai clinique formel sur l'efficacité du vaccin.
- J'ai droit à une dose de rappel
- J'ai 18 ans ou plus et j'ai reçu



- Un vaccin Johnson & Johnson il y a au moins deux mois ou
- Une deuxième dose de vaccin Pfizer ou Moderna il y a au moins six mois

SECTION 3 : SIGNATURE

En signant ci-dessous, je déclare que

- Je suis le patient et j'ai au moins 18 ans, ou le parent ou le tuteur légal du patient.
- J'ai reçu une copie de l'autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) pour les sujets vaccinés ou de la déclaration d'information sur la vaccination pour le vaccin contre la COVID-19 que je vais recevoir aujourd'hui.
- J'ai lu et compris les informations contenues dans l'EUA à l'attention des personnes recevant le vaccin ou dans la déclaration d'information sur la vaccination.
- J'ai pu poser des questions sur le vaccin contre la COVID 19.
- Je comprends les avantages et les risques du vaccin contre la COVID-19 et je demande qu'il soit administré à la personne nommée ci-dessus pour laquelle je suis autorisé à donner mon consentement.

SIGNATURE DU PATIENT : _____

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR LÉGAL (SI LE PATIENT A MOINS DE 18 ANS) : _____

DATE DE SIGNATURE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : _____