

**CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE
L'INFLUENZA SAISONNIÈRE ET CONTRE LE
PNEUMOCOQUE: CH, RNI, RI, RPA**

ÉTABLISSEMENT : _____

N° dossier _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20__ / ____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ M F
Année Mois Jour

N° chambre : _____

CONSENTEMENT- USAGER APTE À CONSENTIR

Je reconnais avoir reçu les informations sur les risques de la maladie, les avantages reliés à l'administration du vaccin contre l'influenza saisonnière ainsi que sur les réactions possibles et ce qu'il faut faire en cas de telles réactions.

Je consens à recevoir à chaque année la **vaccination contre l'influenza saisonnière**

Oui, je consens Non, je refuse

Cette autorisation est valide pour la durée du séjour au : _____ à
moins d'un avis contraire de ma part. (CH, RNI, RI, RPA)

Je reconnais avoir reçu les informations sur les risques de la maladie, les avantages reliés à l'administration du vaccin contre les infections à pneumocoque ainsi que sur les réactions possibles et ce qu'il faut faire en cas de telles réactions.

Je consens à recevoir la **vaccination contre le pneumocoque**

Oui, je consens Non, je refuse

Cette autorisation est valide pour la durée du séjour au : _____ à
moins d'un avis contraire de ma part. (CH, RNI, RI, RPA)

Signature du résident

20__ / ____ / ____
Année Mois Jour

CONSENTEMENT- USAGER INAPTE À CONSENTIR

- Signature REQUISE pour les personnes incapables représentées par un mandataire, un curateur privé ou autre.
- Signature NON REQUISE pour les personnes incapables représentées par le Curateur public.

Je reconnais avoir reçu les informations sur les risques de la maladie, les avantages reliés à l'administration du vaccin contre l'influenza saisonnière ainsi que sur les réactions possibles et ce qu'il faut faire en cas de telles réactions.

Je consens à la **vaccination annuelle contre l'influenza saisonnière**, pour la personne que je représente légalement

Oui, je consens Non, je refuse

Cette autorisation est valide pour la durée du séjour au : _____ à
(CH, RNI, RI, RPA)

moins d'un avis contraire de ma part signifié par écrit ou obtenu par téléphone en présence d'un témoin.

Je reconnais avoir reçu les informations sur les risques de la maladie, les avantages reliés à l'administration du vaccin contre les infections à pneumocoque ainsi que sur les réactions possibles et ce qu'il faut faire en cas de telles réactions.

Je consens à la **vaccination contre le pneumocoque**, pour la personne que je représente légalement.

Oui, je consens Non, je refuse

Cette autorisation est valide pour la durée du séjour au : _____ à
(CH, RNI, RI, RPA)

moins d'un avis contraire de ma part signifié par écrit ou obtenu par téléphone en présence d'un témoin.

Nom et prénom du représentant légal

Signature du représentant légal

20__ / ____ / ____
Année Mois Jour

**CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE
L'INFLUENZA SAISONNIÈRE ET CONTRE LE
PNEUMOCOQUE: CH, RNI, RI, RPA**

ÉTABLISSEMENT : _____

N° dossier _____

Nom : _____

Prénom : _____

NAM : _____ Exp. : 20____/____

Date de naissance : ____/____/____ M F
Année Mois Jour

N° chambre : _____

CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE

Après avoir transmis les informations notées ci-haut, j'ai reçu le consentement téléphonique de la part de :

Nom du représentant légal

Lien avec la personne

Signature de l'infirmière

Signature du témoin au consentement téléphonique

20 ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

**RÉVOCACTION
À LA VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA SAISONNIÈRE
ET CONTRE LE PNEUMOCOQUE: CH, RNI, RI, RPA**

RÉVOCACTION

Je reconnais révoquer mon consentement à la vaccination de mon plein gré , au nom de la personne que je représente légalement , après avoir reçu les explications nécessaires ainsi que les renseignements sur la(les) maladie(s) et le(s) vaccin(s), et je dégage le _____, et le personnel en cause de toute responsabilité

(CH, RNI, RI, RPA)

liée à cette décision. La révocation du résident ou de son représentant légal s'applique pour le(s) vaccin(s) suivant(s) :

Influenza Pneumocoque

Nom, prénom du résident ou représentant légal

Signature du résident ou représentant légal

20 ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Révocation téléphonique complétée avec le représentant légal

Signature du professionnel

Signature du témoin

20 ____ / ____ / ____
Année Mois Jour