

Consentement éclairé à la vaccination

					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom	Prénom	Deuxième prénom	Date de naissance	Âge	Sexe attribué à la naissance
Adresse		Ville	État	Code postal	N° de téléphone <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile
Vaccin(s) demandé(s) : <input type="checkbox"/> Grippe <input type="checkbox"/> COVID-19 <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Tétanos/Coqueluche <input type="checkbox"/> VRS <input type="checkbox"/> Hépatite A <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> ROR <input type="checkbox"/> Autre : _____		Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Hispanique ou latino/a <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino/a <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre (Inconnue) Race : <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Amérindien(ne) <input type="checkbox"/> Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Noir(e) ou afro-américain(e) <input type="checkbox"/> Blanc(he) <input type="checkbox"/> Deux ou plus <input type="checkbox"/> Autre		Si moins de 66 livres (30 kg), indiquez le poids : ____ lb Quel bras préférez-vous pour le vaccin ? <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit Adresse électronique : _____ Nom du médecin traitant : _____ N° de téléphone : _____ Adresse : _____ Pour les patients Medicare uniquement : quatre derniers chiffres du n° de Sécurité sociale (SSN) : _____ N° d'identifiant Medicare Partie B : _____	

Questions de sélection		Oui	Non
1.	Êtes-vous malade aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avez-vous des allergies aux médicaments, aux aliments ou aux vaccins ? Si oui, veuillez les mentionner : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous déjà eu une réaction grave ou perdu connaissance après avoir reçu un vaccin (p. ex., syndrome de Guillain-Barré) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Pour les femmes : Êtes-vous enceinte ou envisagez-vous de l'être au cours du prochain mois ? Si enceinte , semaine de grossesse : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Veillez cocher toutes les cases qui vous concernent : <input type="checkbox"/> Asthme/pneumopathie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Cardiopathie <input type="checkbox"/> Fumeur/Fumeuse <input type="checkbox"/> Troubles convulsifs/troubles cérébraux <input type="checkbox"/> Néphropathie/dialyse <input type="checkbox"/> Maladie du foie <input type="checkbox"/> Asplénie <input type="checkbox"/> Ablation du thymus ou problèmes liés au thymus tels que la myasthénie grave, le syndrome de DiGeorge ou le thymome ? (<i>fièvre jaune uniquement</i>) <input type="checkbox"/> Prenez-vous actuellement des antibiotiques ou des médicaments antipaludiques ? (typhoïde par voie orale uniquement) <input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de thrombocytopénie ou de purpura thrombocytopénique ? (<i>ROR® II uniquement</i>) <input type="checkbox"/> Centre de soins palliatifs <input type="checkbox"/> Système immunitaire affaibli (p. ex., cancer, VIH, zona actif, stéroïdes oraux, médicaments anticancéreux ou antiviraux, transfusion sanguine ou produits sanguins, immunoglobulines, radiothérapie). <input type="checkbox"/> Avez-vous été vacciné(e) au cours des quatre dernières semaines ? Si oui, veuillez mentionner le ou les vaccins administrés : _____		
6.	Veuillez indiquer à propos de quel(s) vaccin(s) vous souhaitez obtenir plus d'informations. <input type="checkbox"/> Hépatite A <input type="checkbox"/> ROR (rougeole, oreillons, rubéole) <input type="checkbox"/> Vaccins de voyage <input type="checkbox"/> Vaccins de l'enfance <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Incertain(e) : je souhaite connaître mes retards ou besoins potentiels en matière de vaccination		
Besoins en matière de vaccination			
7.	Date du dernier : Vaccin contre la grippe _____ Vaccin contre la COVID-19 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la PNEUMONIE ? Si oui, quand et quel(s) type(s) ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Patients de plus de 60 ans : Avez-vous déjà reçu un vaccin contre le VRS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Patients de plus de 49 ans OU immunodéprimés : Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le ZONA ? Si oui, à quelle(s) date(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Patients de moins de 66 ans OU personnel de santé : Avez-vous reçu le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Patients de moins de 59 ans OU personnel de santé : Avez-vous reçu une série complète de vaccins contre l'hépatite B ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Patients de moins de 46 ans : Avez-vous reçu une série complète de vaccins contre le Papillomavirus humain (VPH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Patients de moins de 43 ans : Avez-vous reçu deux doses de vaccin contre la varicelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Patients âgés de 11 à 23 ans : Avez-vous reçu un vaccin contre la méningite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Combien d'années se sont écoulées depuis votre dernier vaccin contre le TÉTANOS ? _____ ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentement éclairé : veuillez lire et signer.

En signant ci-dessous, je consens à ce que le ou les vaccins soient administrés par un(e) pharmacien(ne) ou un(e) étudiant(e) ou technicien(ne) en pharmacie supervisé(e), ou toute autre personne autorisée, lorsque cela est permis par la loi ou les directives étatiques/fédérales, employé(e) par ou sous contrat avec Albertsons Companies ou l'une de ses pharmacies affiliées, et à être contacté(e) au numéro fourni ci-dessus concernant d'autres vaccinations dont je dois bénéficier ou auxquelles je suis admissible. L'information ci-dessus est véridique et correcte. J'atteste que je réponds aux critères d'admissibilité pour le vaccin (le cas échéant) ; si je suis le parent/ le/la tuteur(-trice) du/de la patient(e) mineur(e), j'atteste que le/la patient(e) mineur(e) répond aux critères d'admissibilité pour le vaccin. Je dégage également Albertsons Companies et ses filiales, sociétés affiliées, dirigeants, directeurs, employés et agents de toute responsabilité, y compris les actes d'omission ou de commission, résultant ou découlant de mon administration ou de l'administration au/à la patient(e) mineur(e) de ce vaccin. Je comprends que : 1) J'ai choisi volontairement de me faire vacciner. Si je me fais vacciner contre la grippe avant le 1^{er} septembre, je suis soit un parent signant au nom de mon enfant vacciné, soit enceinte dans mon troisième trimestre de grossesse, soit dans l'impossibilité de revenir à une date ultérieure. 2) J'autorise Albertsons Companies à soumettre une demande de remboursement en mon nom à Medicare ou à tout autre tiers payeur contracté, y compris mon employeur s'il paie directement ma vaccination ; si la demande est refusée, je comprends que je serai responsable du paiement ; 3) Je suis majeur(e) et autorisé(e) à signer ce formulaire de consentement ou je suis le parent/ le/la tuteur(-trice) du/de la patient(e) mineur(e). 4) J'informerai immédiatement le/la pharmacien(ne) de toute condition médicale qui pourrait nuire à ma santé personnelle ou à l'efficacité du vaccin. 5) J'ai été informé(e) des effets secondaires possibles après le vaccin, du moment où ils peuvent survenir, et du moment et du lieu où je dois me faire soigner. Je suis responsable du suivi auprès de mon médecin, à mes frais, si je ressens des effets secondaires. 6) Je dois rester dans la zone d'observation pendant 15 minutes, sauf si j'ai des antécédents de réaction allergique immédiate, quelle qu'en soit la gravité, à un vaccin ou à un traitement injectable, ou si j'ai des antécédents d'anaphylaxie, quelle qu'en soit la cause, je dois rester en observation pendant 30 minutes après la vaccination. Si je quitte la zone sans attendre, je reconnais que je le fais à mes propres risques et contre l'avis du professionnel qui m'a administré le vaccin. 7) J'ai lu ou fait lire le ou les documents d'information sur les vaccins (Vaccine Information Statement, « VIS ») ou l'autorisation d'utilisation en cas d'urgence (Emergency Use Authorization, « EUA ») fournis pour le ou les vaccins à administrer. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Je comprends les bénéfices et les risques du ou des vaccins. 8) On m'a proposé ou fourni un exemplaire de l'Avis sur les pratiques de confidentialité de la société, conformément à la Loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). 9) Cette vaccination, y compris toute vaccination bénéficiant d'une protection supplémentaire de la vie privée en vertu de la loi fédérale ou étatique, peut faire l'objet d'une déclaration par ma pharmacie ou son associé à un registre de vaccination, qui peut partager les données relatives à ma vaccination avec d'autres personnes, ainsi qu'à mon médecin traitant, au médecin qui a délivré l'autorisation ou au ministère de la Santé local (Department of Health), le cas échéant, et j'autorise ces divulgations. (*New Jersey uniquement : J'autorise ___ n'autorise pas ___ la déclaration de l'administration de ce vaccin à mon médecin traitant. Je comprends que le fait de ne pas cocher la case autoriser/refuser vaudra autorisation.*) (*Dakota du Sud, Maine, Massachusetts et New Hampshire uniquement : Je comprends que j'ai le droit de m'opposer au partage de mes données avec les parties susmentionnées par le biais de ces registres.*) Pour le parent ou le/la tuteur(-trice) du/de la mineur(e), le consentement ci-dessous confirme la réception d'un avis écrit l'invitant à consulter un pédiatre chaque année.

X

Signature du/de la patient(e) ou du parent/ du/de la tuteur(-trice) du/de la patient(e) mineur(e) (préciser le lien avec le/la mineur(e)) _____ Nom en caractères d'imprimerie _____ Date _____

Below for Pharmacy Use Only:

WA ONLY: Substitution Permitted:

Dispense as Written:

Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							R / L _____		

Ordering RPh Signature: _____
 Name of Administrator: _____
 Admin/VIS Provided Date: _____ NPP Offered
 Counseling (Please circle): Accepted / Declined

RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____
 Medical (Name, ID#, Group#): _____
 Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____
 Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____ ICMZIV 20240523