

CONSENTEMENT VOLONTAIRE AU VACCIN COVID-19 POUR MON ENFANT MINEUR :

Je comprends que COVID-19 peut avoir des complications graves, potentiellement mortelles (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>), et qu'il n'y a aucun moyen de savoir comment COVID-19 m'affectera. Je comprends également que le vaccin contre le COVID-19 peut contribuer à m'empêcher de tomber gravement malade, même si je suis infecté par le COVID-19.

J'ai examiné la fiche d'information EUA relative à mon vaccin spécifique ou on m'a expliqué son contenu, y compris les avantages, les risques habituels et les plus fréquents liés à l'administration de ce vaccin, ainsi que les alternatives, sur la base des informations actuellement disponibles. Selon le vaccin COVID-19 que je reçois, je peux avoir besoin d'une ou deux injections. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction. J'accepte de rester sur le lieu de vaccination pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin en cas de réaction indésirable.

Je comprends que :

- L'utilisation de ce vaccin est autorisée en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA en anglais) délivrée par la Food and Drug Administration - Administration pour la sécurité des aliments et des médicaments- (FDA) des États-Unis. Dans le cadre d'une EUA, la FDA peut autoriser l'utilisation de produits médicaux non approuvés, ou des utilisations non approuvées de produits médicaux approuvés, en cas d'urgence pour diagnostiquer, traiter ou prévenir des maladies ou des conditions graves ou mortelles, lorsque certains critères statutaires sont remplis, notamment l'absence d'alternatives adéquates, approuvées et disponibles.
- On ne sait pas encore combien de temps dureront les avantages potentiels du vaccin. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour répondre à cette question.
- Je peux quand même tomber malade avec le COVID-19 et être capable de transmettre le virus à d'autres personnes.

Je comprends et reconnais que l'enregistrement de l'administration de ce vaccin à mon égard sera communiqué aux organismes de réglementation de l'État et/ou fédéraux conformément aux rapports sur la gestion des stocks et l'utilisation des stocks de vaccins du Système national de réserves.

Précautions/Contre-indications : (Le vaccin peut ne pas être administré en fonction de vos réponses)

Fièvre ou sentiment de malaise aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - Différer jusqu'à ce que vous vous sentiez mieux.
Avez-vous déjà reçu une dose de vaccin COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - Assurer le même vaccin et un intervalle approprié
Antécédents de réaction allergique grave (par exemple, anaphylaxie) à l'un des composants de ce vaccin ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - STOP. NE PAS vacciner.
Antécédents de réaction allergique grave (par exemple, anaphylaxie) à un autre vaccin (à l'exclusion de ce vaccin) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - Nécessite une observation de 30 minutes.
Antécédents de réaction allergique grave (par exemple, anaphylaxie) à un traitement injectable ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - Nécessite une observation de 30 minutes.
Antécédents d'autres réactions allergiques graves (par exemple, anaphylaxie) due à une quelconque cause	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - Nécessite une observation de 30 minutes.
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui - STOP. NE PAS vacciner pendant 14 jours à compter de la date de la dernière vaccination.

Nom du mineur (en lettres d'imprimerie) : _____ DDN : _____

Parent/tuteur consentant (Nom en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du Parent/ Tuteur Consentant : _____ La date d'aujourd'hui _____