



FRENCH Formulaire de consentement des enfants

Ce formulaire sert à documenter l'administration du vaccin MVA-BN

Version 3.0 5 août 2022

Déclaration de confidentialité : le personnel du HSE connaît son obligation au regard des lois sur la protection des données, 1988-2018 (dont le RGPD). Les informations fournies seront incluses dans une base de données de vaccination. Le HSE utilisera ces informations pour valider les clients, surveiller les programmes de vaccination et prodiguer les soins de santé.

Section 1 : Coordonnées personnelles

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Prénom: [] Nom: []

Personal Public Service Number (PPSN): []

Date de naissance: [J J / M M / A A A A] Sexe (veuillez entourer): Masculin Féminin

Adresse: []

Comté: [] Eircode: []

Prénom et nom du parent/tuteur légal: []

Numéro de téléphone portable: [] Adresse e-mail: []

Nom et adresse du médecin traitant: []

Veuillez répondre aux questions suivantes (entourez votre réponse)

Cet enfant a-t-il déjà reçu le vaccin MVA-BN ou un autre vaccin contre la variole du singe ? **Oui Non**

Si oui, quel était le nom du vaccin? []

À quelle date l'a-t-il reçu? [J J / M M / A A A A]

Cet enfant a-t-il déjà eu des allergies à des vaccins? **Oui Non**

Cet enfant a-t-il déjà eu des allergies aux œufs ou aux produits à base d'œufs (dont le poulet ou les plumes)? **Oui Non**

Souffre-t-il d'allergies graves? **Oui Non**

Si oui, veuillez préciser []

A-t-il actuellement une température élevée ou se sent-il mal? **Oui Non**

Souffre-t-il d'une dermatite atopique? **Oui Non**

Souffre-t-il d'une maladie ou suit-il un traitement qui affaiblit son système immunitaire? **Oui Non**

La personne qui se fait vacciner est-elle enceinte ou allaitante? **Oui Non**

Section 2 : Consentement

Veuillez cocher la case correspondant à chaque affirmation et signer pour donner votre consentement à la vaccination

Je comprends que le vaccin MVA-BN est autorisé par les organismes de contrôle pour une utilisation chez les personnes âgées de 18 ans et plus.

J'ai été informé(e) des possibles risques et des bénéfices de ces vaccins.

Je consens à ce que cet enfant reçoive un schéma vaccinal de MVA-BN (1 ou 2 doses à 28 jours d'intervalle) selon la décision d'un professionnel de santé compétent.

En signant ce formulaire, je confirme que je suis autorisé(e) à donner mon consentement au nom de l'enfant susmentionné

Signature: [] Date: [J J / M M / A A A A]

(veuillez entourer) Parent Tuteur légal

À USAGE INTERNE UNIQUEMENT | FOR OFFICE USE ONLY

Date Given (DD/MM/YYYY)	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Use by date	Injection Site

Prescriber Signature: [] HSE Clinic / Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN: []

Vaccinator Signature: []

PIN/MCRN: []