

Formulaire de consentement au vaccin contre le COVID-19, des personnes âgées de 17 ans ou moins



Section 1 : Informations sur l'enfant devant recevoir le vaccin contre le COVID-19 (en caractères d'imprimerie) :

Nom de l'enfant (Nom, Prénom, 2e prénom)

*Date de naissance
(jj/mm/aaaa)*

Âge

Adresse de la rue

Ville

État

Code postal

Numéro de téléphone

Section 2 : Informations sur le vaccin contre le COVID-19

Votre enfant se voit proposer un vaccin contre le COVID-19 fabriqué par Pfizer-BioNTech ou Moderna. Le nombre de doses (injections intramusculaires du vaccin) dont votre enfant aura besoin pour être complètement vacciné variera en fonction du vaccin reçu, de l'âge de votre enfant et de ses antécédents médicaux.

La personne qui administre le vaccin aura besoin de certaines informations sur les antécédents médicaux de votre enfant avant de le lui administrer. Retrouvez ces questions ici

[https://www.mass.gov/CDCScreeningForm.](https://www.mass.gov/CDCScreeningForm)

Le vaccin contre le COVID-19 peut ne pas protéger tout le monde contre cette maladie. La vaccination des enfants permet d'éviter qu'ils ne tombent gravement malades s'ils contractent la maladie.

Formulaire de consentement au vaccin contre le COVID-19, pour les personnes âgées de 17 ans ou moins



Certaines personnes peuvent présenter des effets indésirables après avoir reçu le vaccin. Les effets indésirables signalés sont semblables à ceux ressentis après des vaccins de routine, tels que la fatigue, la fièvre ou la douleur à l'endroit où la piqûre a été administrée. Les effets indésirables peuvent affecter la capacité de votre enfant à effectuer ses activités quotidiennes, mais ils devraient disparaître au bout de quelques jours. Ces effets sont plus fréquents après la deuxième injection. Certains enfants ne ressentent pas d'effets indésirables.

Plus d'informations sur [probables effets indésirables chez les enfants après le vaccin contre le COVID-19](#)

Il existe un faible risque que le vaccin provoque une réaction allergique grave. Une réaction allergique grave se produit généralement entre quelques minutes et une heure après l'administration d'une dose de vaccin. C'est pourquoi la personne qui administre le vaccin peut demander à la personne vaccinée de rester sur place après la vaccination pour un suivi après celle-ci. Les signes d'une réaction allergique grave peuvent inclure des difficultés respiratoires, un gonflement du visage et de la gorge, un rythme cardiaque rapide et/ou une éruption cutanée sur tout le corps.

Des informations supplémentaires sont disponibles dans les fiches d'information des fabricants, disponibles à l'adresse suivante :

- [Fiche d'information sur les personnes recevant le vaccin et les soignants de Pfizer-BioNTech](#)
- [Fiche d'information sur les personnes recevant le vaccin Moderna contre le COVID-19 et les soignants](#)

Plus d'informations sur la vaccination contre le COVID-19 des enfants et des adolescents sont disponibles à l'adresse suivante <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html>

Section 3 : Consentement

CONSENTEMENT À LA VACCINATION DU MINEUR : J'ai pris connaissance des informations figurant à la Section 2 ci-dessus et j'en comprends les risques et les avantages. En donnant mon consentement ci-dessous, j'accepte que :

- J'ai pris connaissance de ce formulaire de consentement et je comprends que la « Fiche d'information à l'intention des personnes qui reçoivent le vaccin et des soignants » contient des informations plus détaillées sur les risques et les avantages potentiels des vaccins contre le COVID-19.

Formulaire de consentement au vaccin contre le COVID-19, des personnes âgées de 17 ans ou moins



- J'ai l'autorité légale pour consentir à ce que l'enfant nommé ci-dessus soit vacciné contre le COVID-19.
- Je comprends que je ne suis pas tenu d'accompagner l'enfant susmentionné à son rendez-vous de vaccination et que, en donnant mon consentement ci-dessous, l'enfant recevra le vaccin contre le COVID-19, que je sois présent ou non à ce rendez-vous.
- Si je dispose d'une assurance maladie couvrant l'enfant susmentionné, j'autorise la facturation à ma compagnie d'assurance des coûts liés à l'administration du vaccin. Le gouvernement prend à sa charge les frais de vaccin et je ne serai pas facturé pour cette partie du coût de ma vaccination.
- Je comprends que, conformément à la législation de l'État, toutes les vaccinations seront déclarées au système d'information sur les vaccinations du Massachusetts (Department of Public Health Massachusetts Immunization Information System, MIIS) du département de la santé publique. Je peux accéder à la fiche d'information du MIIS pour les parents et les patients, à l'adresse suivante www.mass.gov/dph/miis, pour obtenir des informations sur le MIIS et savoir ce qu'il faut faire si je m'oppose à ce que les données sur moi ou ma famille soient partagées à d'autres fournisseurs dans le MIIS.

JE DONNE MON CONSENTEMENT pour que l'enfant dont le nom figure en tête de ce formulaire reçoive le vaccin contre le COVID-19, et j'ai examiné et accepté les informations figurant dans la **Section 3** de ce document. (Si ce consentement n'est pas signé, daté et renvoyé, l'enfant ne sera pas vacciné).

Signature du représentant légal

Date