

Formulaire de consentement et d'avis concernant la vaccination contre la COVID-19

Renseignements sur le patient

En remplissant le présent formulaire, j'indique mon désir de recevoir un vaccin contre la COVID-19 et les doses subséquentes recommandées auxquelles je peux être admissible. Je reconnais avoir eu l'occasion de poser des questions concernant le vaccin que je reçois et avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

Nom	Prénom	Deuxième prénom	Numéro de carte Santé
Adresse municipale	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone à domicile	Numéro de téléphone cellulaire	Courriel	
Sexe		Âge (ans)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre			
Clinicien de soins primaires			

Avis de collecte, d'utilisation et de divulgation des renseignements personnels sur la santé

Nous collectons vos renseignements personnels sur la santé dans le but de vous fournir des soins et de créer votre dossier médical, mais aussi parce qu'ils aident le gouvernement de l'Ontario à se préparer à la propagation de la COVID-19 et à la prévenir. Vos renseignements personnels sur la santé, tels que décrits dans la *Loi de 2021 sur la déclaration des vaccins administrés contre la COVID-19*, seront stockés dans un système de dossiers médicaux sous la garde et le contrôle du ministère de la Santé. Ces renseignements seront utilisés et divulgués à ces fins et à d'autres fins autorisées et requises par la loi. Par exemple :

- Ils seront divulgués au médecin hygiéniste en chef et aux bureaux de santé publique de l'Ontario lorsqu'il est nécessaire de le faire aux fins de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

- Ils peuvent être divulgués à vos fournisseurs de soins de santé dans le cadre de votre dossier de santé électronique provincial.

Je comprends que je peux restreindre la divulgation de mes renseignements personnels sur la santé à des fins de traitement, en tout temps, en envoyant un courriel à l'adresse vaccine@ontario.ca.

Consentement pour la communication et la recherche

Un hôpital, un bureau de santé publique ou encore le ministère de la Santé peut communiquer avec vous à des fins liées au vaccin contre la COVID-19 (par exemple, pour vous rappeler un rendez-vous de suivi et vous fournir un dossier de vaccination). Si vous consentez à recevoir ces communications de suivi par courriel, veuillez l'indiquer en cochant la case ci-dessous.

- Je consens à recevoir des communications de suivi :
- par messagerie texte : _____ par courriel : _____

Vous avez également la possibilité d'accepter que l'on communique avec vous pour participer à des études ou des sondages de recherche en lien avec la COVID-19. Si vous acceptez de recevoir des communications, vos renseignements personnels sur la santé peuvent être utilisés pour déterminer les études qui pourraient être pertinentes pour vous, et votre nom et vos coordonnées seront communiqués aux chercheurs. Lorsque vous acceptez de recevoir des communications à propos des études de recherche, vous ne consentez pas à participer à la recherche elle-même. La participation à la recherche est volontaire. Vous pouvez refuser de consentir à recevoir des communications sur les études de recherche sans compromettre votre admissibilité au vaccin contre la COVID-19.

- Je consens à ce que l'on communique avec moi pour des études de recherche relatives à la COVID-19 après que j'aurai reçu un vaccin contre la COVID-19 :
- par courriel : _____
- par messagerie texte : _____ par téléphone : _____
- par la poste : _____

Je comprends que je peux retirer mon consentement à ce que l'on communique avec moi pour des communications de suivi ou des études de recherche, en tout temps, en envoyant un courriel à l'adresse vaccine@ontario.ca.

Nom en caractères d'imprimerie	Signature	Date de la signature (JJ/MM/AAAA)

Si vous signez au nom d'une autre personne, veuillez indiquer votre relation avec celle-ci :

Si je signe au nom d'une autre personne, je confirme avoir l'autorité juridique de fournir le consentement pour cette personne à recevoir le vaccin contre la COVID-19 (p. ex., vous êtes un parent, un tuteur légal ou un mandataire spécial).

RÉSERVÉ À L'USAGE DE LA CLINIQUE

Nom du produit	N° de lot	Administré par (nom, désignation)
Site anatomique	Voie	Dose :
Gauche _____ Droite _____	Intramusculaire	
Date d'administration (JJ/MM/AAAA)	Heure d'administration	Expiration du produit (JJ/MM/AAAA)