VACCINATION CONTRE LA COVID-19
POUR LES ENFANTS DE 5 à 13 ans
ᓄᑦᓇᕐᔪᐊᒧᑦ-19 ᑲᐱᔭᐅᓂᖅ ᑕᑦᓴᑕᐅᒋᐊᓕᒃ
ᐊᖏᕈᑎᒃ ᐱᐊᓗᑦ ᑕᑦᓴᑕᐅᒍᑎᖓ 5-ᓂᒃ (ᓯᑕᒪᓂᒃ) 13-ᒧᑦ
(ᖁᓕᑦᓗ ᐱᖓᓱᑦᓗᒧᑦ) ᐅᑭᐅᓕᓐᓄᑦ

SECTION A – IDENTIFICATION DEL'ENFANT | ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖓ ᐊ–ᐱᐊᕋᐅᑉ ᓇᓗᓐᑦᑕᐅᓯᒪᐅᑎᖓ

NOM | ᐊᑎᓕᕐᕿᖓ: _____ PRÉNOM | ᐊᑎᖓ: _____

DATE DE NAISSANCE | ᐃᓄᓕᕐᕕᖓᑕ ᐅᑦᓗᖓ: _____/_____/_____ GENDER | ᓇᑦᓕᐊᒍᓂᖓ: M | ᐊᖑᒍᑎᒃ F | ᐊᕐᓇᖅ

NAMES OF PARENTS OR GUARDIAN | ᐊᖓᔪᕐᑲᖏᑦᑕ ᐊᑎᖏᑦ ᑭᑲᒪᔨᖏᑦᑕᓗᓐᓃᑦᑕ:

MÈRE | ᐊᓈᓇᖓ: _____ TUTEUR | ᑲᒪᔨᖏᑦᑕᓗᓐᓃᑦ: _____

PÈRE | ᐊᑖᑕᖓ: _____

SECTION B – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX DEL'ENFANT | ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖓ ᐸ– ᐱᐊᕋᐅᑉ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑕᐅᒍᑎᒋᓯᒪᔭᖏ

1. Est-ce que l'une des situations suivantes s'applique à votre enfant? **OUI** | ᐋᐊ **NON** | ᐊᐅᑲ **NE SAIS PAS** | ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ
ᐅᑯᓂᖓ ᐅᖃᕐᑕᐅᓯᒪᔪᓂᒃ ᐃᓚᐅᓕᕐᑎᑕᐅᓚᐅᕋᑕᕈᓇᑦᓴᑐᖅ ᐱᐊᓗᑦ?

- Il/ elle a déjà eu la COVID-19 | ᓄᑦᓇᑖᕐᑐᕕᓂᐅᒎᓐᓇᓴᕐᑐᖅ ᓄᓇᑦᓇᖅ-19ᒥᒃ?
- Il/ elle a présentement des symptômes de la COVID-19 | ᐃᑉᐱᓂᐊᓂᕐᓂᕐᑲᕈᓇᑦᓴᑐᖅ ᓄᑦᓇᖅ-19 ᐃᑉᐱᓂᐊᕈᓯᖓᓂᒃ?
- Vous avez remarqué un changement récent dans son état de santé | ᐃᑉᐱᒍᓯᓚᐅᕋᑕᕈᓐᓇᓴᕐᕿᑦ ᐱᐊᕋᕐᐱᐅᑉ ᐃᓗᓯᖓ ᐊᓯᑦᔨᑎᑦᓗᒍ?
- Il/elle a des problèmes de santé qui nécessite des suivis médicaux ou une prise de médication régulière |
ᐃᓗᓯᕐᓗᓂᒃᑯᑦ ᐱᓗᓗᑕᕐᑲᕐᐸᑦ ᑲᒪᒋᔭᐅᒋᐊᕐᑲᕐᑲᑦᑕᓚᕐᕿᑦᓯᓂ ᖃᐅᑕᒫᖅ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᓄ ᐃᕐᕐᑲᓇᐊᕐᑲᓚᕐᕿᑦᓯᓂᓪᓘᓃ

Si oui, expliquer | ᐊᖏᕈᕕᑦ, ᑐᕿᓯᑎᑦᓯᒋᑦ: _____

2. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique après avoir reçu un vaccin ou un autre produit? **OUI** | ᐋᐊ **NON** | ᐊᐅᑲ **NE SAIS PAS** | ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ
ᐱᐊᓗᑦ ᖁᓄᓕᕐᓯᒪᕝ ᑲᐱᔭᐅᓈᕋᒥ ᐊᓯᖏᓐᓂᓘᓐᓃᑦ ᖁᓄᓕᕈᑕᐅᓲᓂᒃᕝ?

Si oui, expliquer | ᐊᖏᕈᕕᑦ, ᑐᕿᓯᑎᑦᓯᒋᑦ: _____

3. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. leucémie) ou d'un médicament (ex. chimiothérapie) ? **OUI** | ᐋᐊ **NON** | ᐊᐅᑲ **NE SAIS PAS** | ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ
ᐱᐊᓗᑦ ᐋᓐᓂᐊᓂᒃ ᑎᒥᖓᓴᐳᓗᒐᕈᑦᓯᒪᕝ ᐋᓐᓂᐊᖃᕐᓂᒥᓄᑦ
(ᐅᑦᑑᑎᒋᑦᓱᒍleukemia) ᒪᒥᑉᐸᓕᐊᒍᑎᓄᓪᓘᓃᑦ (ᐅᑦᑑᑎᒋᑦᓱᒍchemotherapy)?

4. Votre enfant a-t-il des troubles de la coagulation qui nécessitent un suivi médical ou une médication? **OUI** | ᐋᐊ **NON** | ᐊᐅᑲ **NE SAIS PAS** | ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ
ᐱᐊᓗᑦ ᐊᐅᓇᑦᓯᑕᓲᖕᒍᕝ ᑲᒪᒋᐊᔭᐅᒋᐊᕐᕿᓐᓇᓱᓂ ᐃᕐᕐᑲᓱᓂᓪᓘᓃᑦ?

5. Est-ce que l'une des situations suivantes s'applique à votre enfant? **OUI** | ᐋᐊ **NON** | ᐊᐅᑲ **NE SAIS PAS** | ᖃᐅᔨᒪᖕᖏᑐᖓ
ᐅᑯᐊ ᐱᑦᔪᑏᑦ ᕿᑐᕐᖓᓄᑦ ᐊᑑᑎᖃᕐᑉᑦ?

- Il/elle a reçu un vaccin dans les 14 derniers jours
ᑲᐱᔭᐅᓚᐅᕋᑕᕈᓇᑦᓴᑐᖅ ᐅᑦᓗᐃᑦ ᖅ (ᖁᓕᑦᓗ ᓯᑕᒪᓂᑦᓗᒍ ᓈᓯᒪᓕᕐᑎᓗᒋᑦᕝ)

SECTION C– CONSENTEMENTS | ᐊᕕᑦᑐᓯᒪᓂᖓ C– ᐊᖏᕈᑎᒃ

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de cet enfant et à la transmission des renseignements personnels qui le concernent. | ᐊᖑᔪᖕᖔᓇᔭᐅᒍᕕᑦ ᑲᒪᔨᒋᔭᐅᒍᕕᓪᓗᓃᑦ ᑲᒃᑲᓛᒥᒃ 14 ᒥᑦᓯᑎᒍᑦ ᐅᑭᐅᓕᒻᒥᒃ, ᑐᑭᑖᕐᑎᐅᒋᐊᖃᕋᔭᕐᑎᑦ ᑲᐱᔭᐅᒍᑎᑦᓴᖏᓐᓂᒃ ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᖏᓐᓂᓗ ᑐᓴᐅᒪᑎᑦᓯᓂᕐᒥᒃ ᑲᒪᒋᐊᖃᕋᔭᓇᕗᑎᑦ.

Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans la brochure qui est jointe à ce formulaire. Pour toute explication additionnelle sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école. . | ᑐᑭᓯᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᑐᑭᑖᕈᑎᑦᓴᑎᑦ ᐊᑐᐊᒫᐱᓐᓂᒃ ᐊᓪᓚᓯᒪᕗᑦ ᐃᓚᒋᔭᐅᔪᑦ ᑖᑦᓯᒥᖓ ᐊᓪᓚᕕᑦᓴᒥᒃ, ᑐᑭᓯᒋᐊᓪᓚᕈᒪᒍᕕᑦ ᑲᐱᔭᐅᓐᓂᐅᑉ ᒥᑦᓵᓄᑦ ᐊᐱᕐᓯᓗᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᕕᐊᐱᓯᓐᓂ ᐅᑯᑦᓗᓐᓃᑦ ᐅᕐᑲᕕᕐᑲᕐᓗᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᑉ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᕐᑎᖓᓄᑦ.

Lorsque vous donnez votre consentement, celui-ci s'applique à toute la série vaccinale. | ᐊᖏᕐᓂᓄᑦ, ᐊᖏᕈᑎᕐᑲᕐᕐᑯᑎᑦ ᑲᐱᔭᐅᓐᓂᖓᓂᒃ ᐃᓗᓐᓇᖏᓐᓂᒃ.

Si votre enfant a déjà eu un test positif pour la COVID-19, le vaccinateur décidera du nombre de doses requises après évaluation. | ᐱᐊᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᓈᕐᑐᕕᓂᐅᑉᐸᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᒍᑎᖓ ᓄᓇᕗᓐᓇᖅ-19ᖃᕐᓂᓄᑉᐸᑦ, ᑲᐱᓐᓂᓲᖅ ᖃᐅᔨᒋᐊᓛᕐᑐᖅ ᑲᐱᓯᓛᕐᓯᓂᓪᓗ ᖃᑦᓯᕕᓪᓗᓂ ᑲᐱᔭᐅᒋᐊᖃᕐᓂᖓᓄᑦ.

Acceptez-vous ou refusez-vous que votre enfant reçoive le vaccin à ARNm contre la COVID-19 (Pfizer pour les enfants âgés de 12 à 13 ans et Pfizer pédiatrique pour les enfants âgés de 5 à 11 ans)?| ᐊᖏᕐᐲᑦ ᐊᖏᖕᖏᓚᑎᓪᓗᓃᑦ ᐱᐊᓄᑦ ᑲᐱᔭᐅᓂᖓᓄᑦ L$ᓇᒍ-ᒧᑦ ᑲᐱᔭᐅᒋᐊᓪᓚᓂᑦᓴᖓᓄᓪᓗ ᓄᓇᓐᓇᖅ-ᖅᑉ ᒧᑦ 9ᑲᑯᓂᖓᕐᑭᑭ-ᒧᑦ ᐱᐊᓄᑦ ᐅᑭᐅᓛᑦ ᖅᑉᓂᒃ ᖅᕐ-ᒧᑦ ᐅᑯᓐᓗᓃᑦ ᖃᑯᓂᖓᕐᑭᑭ ᔨᕐᑭᕐᑯᓂᖓᒍᑎᑭᓂᖃ ᐱᐊᕋᕐᓄᑦ ᐅᑭᐅᓕᓐᓄᑦ ᑦᓂᒃ ᖅᖅ-ᒧᑦᑕ

J'ACCEPTE | ᐊᖏᕐᐳᖓ **JE REFUSE** | ᐊᖏᖅᖅᒋᓚᖓ

☐ Je souhaite que mon enfant soit vacciné À L'ÉCOLE | ᐱᐊᕋᕋᓂᒃ ᑲᐱᔭᐅᕐᑯᔨᐳᖓ ᐃᓕᓴᕐᕕᒥ ᑲᐱᔭᐅᓯᑐᐊᕐᐸᑕ

☐ Je préfère que mon enfant soit vacciné au CLSC ou lors d'un autre événement de vaccination
(il ne recevra pas son vaccin à l'école) |
ᐱᐊᕋᕋᓂᒃ ᑲᐱᔭᐅᖓᕐᑯᔨᐳᖓ ᐋᓐᓂᐊᕕᒻᒥ ᐅᑭᐅᓗᓐᓃᑦ ᐊᓯᐊᓂ ᑲᐱᔭᐅᓯᐸᑕ (ᑲᐱᔭᐅᓛᖅᖏᑐᖅ ᐃᓕᓴᕐᕕᒥ)

Signature de la mère, du père ou du tuteur |
ᐊᑎᓕᐅᕐᕕᖓ ᐊᓈᓇᖓ ᑲᒪᔨᒋᔭᐅᔪᓪᓗᓃᑦ _____

Lien parental (mère, père ou tuteur) |
ᑭᓇᒋᔭᐅᓂᖓ **(**ᐊᓈᓇᖓ ᐊᑖᑦᖓ ᑲᒪᔨᒋᔭᐅᔪᓪᓗᓃᑦ**)** _____

DATE| ᐅᓪᓗᒍᖓ: : _____ |_____ |_____
AAAA|ᐊᐊᐊᐊ MM| CC JJ|ᐅᐅ

Inuulitsivik ᐃᓄᖕᓴᕐᕕᒃ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᕐ ᖃᓄᐃᓐᓯᓯᐊᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA