


**Please read the fact sheet regarding benefits and risks of the MMR vaccine/
Veuillez lire la feuille de renseignements sur les avantages et les risques du vaccin ROR**

 Winnipeg Regional Health Authority Office régional de la santé de Winnipeg Caring for Health À l'écoute de notre santé	MMR (MEASLES, MUMPS, RUBELLA) IMMUNIZATION CONSENT FORM/ FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU VACCIN ROR (ROUGEOLE, OREILLONS, RUBÉOLE)		
	School/Ecole	Grade/Année	Room Number/Salle n°
Surname/Nom de famille	Given Name/Prénom	Date of Birth (year, month, day) Date de naissance (année, mois, jour)	
Personal Health Information Number (PHIN) Numéro d'identification personnelle	Manitoba Family Registration Number (MFRN) N° d'immatriculation de Santé Manitoba	Gender/Sexe <input type="checkbox"/> Male/Homme <input type="checkbox"/> Female/Femme	

Completed by: / Rempli par : Self / *Moi-même*
 Parent/Legal Decision Maker (completing on behalf of person being immunized)/
Parent/décideur légal (au nom de la personne qui reçoit le vaccin)
 Health Care Provider (completing on behalf of person being immunized) /
Fournisseur de soins (au nom de la personne qui reçoit le vaccin)

- Are you well today? / *Vous sentez-vous bien aujourd'hui?* Yes / *Oui* No / *Non*
 If no, describe / *Si non, expliquez* _____
- Do you/your child have allergies? No Yes If yes, please describe _____
Avez-vous (votre enfant ou vous-même) des allergies? Non Oui Si oui, expliquez _____
- Do you/your child have any health conditions that require regular visits to a doctor (e.g. weakened immune system, low platelets)? No Yes If yes, please describe _____
Avez-vous (votre enfant ou vous-même) un état de santé quelconque nécessitant des visites régulières chez le médecin (ex. système immunitaire affaibli, taux de plaquettes insuffisant dans le sang) Non Oui Si oui, expliquez _____
- Are you/your child taking medications? No Yes If yes, please describe _____
Prenez-vous (votre enfant ou vous-même) des médicaments? Non Oui Si oui, expliquez _____
- Have you/your child ever had a reaction to a vaccine? No Yes If yes, please describe _____
Avez-vous (votre enfant ou vous-même) déjà eu une réaction à un vaccin? Non Oui Si oui, expliquez _____
- Have you/ your child received any vaccines in the last month, or received any blood products (e.g. blood transfusions, immune globulins) in the past year? No Yes If yes, please describe _____
Avez-vous (votre enfant ou vous-même) reçu un vaccin au cours du mois dernier ou avez-vous reçu des produits sanguins (ex. transfusions sanguines, immunoglobulines) au cours de la dernière année? Non Oui Si oui, expliquez _____
- Are you/your child pregnant? / *Êtes-vous (votre enfant ou vous-même) enceinte?* Yes/Oui No/Non

I have read and understood the information provided. Based on this information/J'ai lu et je comprends les renseignements fournis. À partir de ces renseignements :

<input type="checkbox"/> Yes I do consent to the person named above receiving the MMR (Measles, Mumps, Rubella) vaccine/ <i>Oui je consens à ce que la personne nommée ci-dessus reçoive le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole).</i>	<input type="checkbox"/> No I do not consent to the person named above receiving the MMR (Measles, Mumps, Rubella) vaccine/ <i>Non je ne consens pas à ce que la personne nommée ci-dessus reçoive le vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole).</i>
--	--

Date _____ Signature _____ Print Name /Nom en lettres moulées _____
 (Parent or Legal Guardian only)
 (Parent ou tuteur légal seulement)

Contact Numbers: Home _____ Work _____ Cell _____
N°s pers.-contacts : Domicile Travail Cell.

PLEASE RETURN THIS FORM TO THE SCHOOL BY: MONDAY, JANUARY 30,2012. IF YOU DID NOT RECEIVE ALL THE FACT SHEETS OR IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, CALL JAN, PUBLIC HEALTH NURSE, AT 938-5341

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE À L'ÉCOLE AU PLUS TARD LE LUNDI, JANVIER 30,2012. SI VOUS N'AVEZ PAS REÇU TOUTES LES FEUILLES DE RENSEIGNEMENTS OU SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, TÉLÉPHONEZ AL'INFIRMIERE DE LA SANTE PUBLIQUE, JAN, AU 938-5341

FOR OFFICE USE ONLY	
MIMS CHECK	<input type="checkbox"/> Initials _____
PHN CHECK	<input type="checkbox"/> Initials _____

