



B Y 1 0 0

Double identité vérifiée

CONSENTEMENT

À LA VACCINATION POUR LES PERSONNES
RÉSIDANTS DANS DES MILIEUX DE VIE OÙ SE
RETRouVENT DES PERSONNES VULNÉRABLES

DATE | Année | Mois | Jour |

TYPE DE MILIEU DE VIE ET INFORMATION DU MILIEU¹

CHSLD SAD RI-RTF RPA MDA/MA RAC Autres :

Nom du milieu de vie :

DURÉE DU CONSENTEMENT

Pour la durée du séjour (suggéré pour les milieux : CHSLD – MDA – MA – RI-RTF)

Pour 24 mois (suggéré pour les milieux : RPA – SAD – RAC - autres)

DÉCISION

Ce consentement autorise toute vaccination offerte dans le cadre des programmes de vaccination soutenus financièrement par le MSSS et recommandée en fonction de l'âge, des conditions médicales, du milieu de vie ou encore des contacts, tant que la personne résidera à l'établissement ci-haut mentionné. Le vaccinateur doit renseigner la personne ou son représentant légal sur les avantages et les risques de la vaccination qui sont mentionnés dans le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

- Je reconnais avoir bien compris l'information en lien avec les vaccins ce qui m'a permis de prendre une décision éclairée concernant l'administration de la vaccination lorsqu'indiquée.
- Je reconnais avoir eu la possibilité d'adresser mes questions et d'avoir été répondu de façon satisfaisante.
- Je comprends bien la nature et les risques que comporte l'acceptation ou le refus de la vaccination recommandée par le PIQ du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à n'importe quel moment.

Influenza	COVID-19	Pneumocoque	Zona
<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je refuse			
Hépatite A	Hépatite B	Méningocoque	VRS
<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je refuse			
Rougeole, rubéole, oreillons	Diphthérie, tétonos	Coqueluche	Autres :
<input type="checkbox"/> Je consens <input type="checkbox"/> Je refuse			

FDCU-PSL-001

Signature de la personne ou de son
représentant

Nom en caractère d'imprimerie

Nº téléphone

Date

Lien avec l'usager : Représentant légal Conjoint Proche parent ou démontrant un intérêt

¹ CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée - SAD : Soutien à domicile - RI-RTF : Ressources intermédiaire et de type familial
RPA : Résidence privée pour aînés - MDA/MA : Maison des aînés et maisons alternatives - RAC : Résidences à assistance continue

Nom de l'usager : _____

No dossier : _____

INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

Signature du professionnel

Nom en caractère d'imprimerie

Titre/Fonction

Date

RÉVOCATION DU CONSENTEMENT

Je reconnais révoquer mon consentement à la vaccination de mon plein gré ou au nom de la personne que je représente, après avoir reçu les explications nécessaires ainsi que les renseignements sur la(les) maladie(s) et le(s) vaccin(s), et je dégage le _____

(Identifier le milieu de vie)

, et le personnel en cause de toute responsabilité liée à cette décision. La révocation du résident ou de son représentant s'applique pour le(s) vaccin(s) suivant(s) :

 Influenza COVID-19 Pneumocoque Zona Hépatite A Hépatite B Meningocoque VRS Rougeole, rubéole, oreillons Diphtérie, tétanos Coqueluche Autres : _____ Révocation téléphoniqueSignature de la personne ou de
son représentant

Nom en caractère d'imprimerie

Nº téléphone

Date

Lien avec l'usager : Représentant légal Conjoint Proche parent ou démontrant un intérêt**NOTES**

Signature du professionnel

Nom en caractère d'imprimerie

Date

CONSENTEMENT

Page 2 de 2

2025-08

À LA VACCINATION POUR LES PERSONNES RÉSIDENTS DANS DES MILIEUX DE VIE
OÙ SE RETROUVENT DES PERSONNES VULNÉRABLES

DOSSIER DE L'USAGER