



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022
Version 2.0 29 December 2022

Déclaration de confidentialité : le personnel du HSE connaît son obligation au regard des lois sur la protection des données, 1988-2018 (dont le RGPD). Les informations fournies seront incluses dans une base de données de vaccination. Le HSE utilisera ces informations pour valider les bénéficiaires, surveiller les programmes de vaccination et prodiguer les soins de santé.

Veuillez noter que seul un parent ou un responsable légal peut consentir à la vaccination des mineurs de moins de 16 ans ou la refuser. Pour en savoir plus sur le consentement, rendez-vous sur le site du HSE : <https://bit.ly/ConsentU16>. Les mineurs âgés de 16 ans et plus peuvent légalement donner leur consentement.

Partie 1 : données personnelles Section 1: Personal Details

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Numéro d'identification HSE :
HSE Client ID:

Personal Public Service Number (PPSN) :
Personal Public Service Number (PPSN) :

Prénom :
First name:

Nom :
Surname (Family Name):

Date de naissance :
Surname (Family Name):

Sexe : Masculin Féminin
Gender: Male Female

Adresse (en Irlande) :
Address (in Ireland):

Comté :
County:

Eircode :
Eircode:

Numéro de téléphone portable :
Mobile Phone Number:

Adresse e-mail :
Email Address:

Pour les mineurs âgés de 15 ans et moins, veuillez renseigner les informations suivantes
If 15 years or younger please complete the following

Nom de jeune fille de la mère :
Mother's Surname at Birth:

Date de naissance de la mère :
Mothers Date of Birth:

Veuillez remplir la partie 2 **ET**

Remplissez

- la partie 3a si vous donnez votre consentement pour un enfant de moins de 2 ans
- la partie 3b si vous donnez votre consentement pour un enfant âgé de 2 à 10 ans
- la partie 3c si vous donnez votre consentement pour un enfant de plus de 10 ans (ou si vous êtes la personne concernée)

ET remplissez la partie 4 pour consentir à la vaccination.



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022
Version 2.0 29 December 2022

Partie 2 : veuillez répondre aux questions suivantes par « oui » ou par « non » Section 2: Please answer the following questions with a yes or no answer

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Est-ce que vous ou votre enfant avez eu une maladie grave ?
Have you/your child had any serious illness?

Oui Non
Yes No

Veuillez préciser
Please detail

Est-ce que vous ou votre enfant avez déjà fait une réaction grave à quoi que ce soit, notamment à des médicaments ou des vaccins ? (y compris anaphylaxie)
Have you/your child ever had a severe reaction to anything including medication or vaccines?

Oui Non
Yes No

Veuillez préciser
Please detail

Est-ce que vous ou votre enfant avez eu une maladie quelconque qui accroît le risque d'hémorragie ?
Have you/your child had any illness or condition that increases risk of bleeding?

Oui Non
Yes No

Veuillez préciser
Please detail

Est-ce que vous ou votre enfant avez été vacciné(e) au cours des six derniers mois ?
Have you/your child received any vaccines in the past 6 months?

Oui Non
Yes No

Veuillez préciser
Please detail

Partie 3a : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les enfants âgés de moins de 2 ans Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)
Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, l'hépatite B et la méningite bactérienne (Hib)
Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

Votre enfant a-t-il été vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, l'hépatite B et la méningite bactérienne (Hib) ? En Irlande, un vaccin hexavalent (6 en 1) est administré à 2, 4 et 6 mois

Oui Non Je ne sais pas
Yes No Do not know

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland, this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

Si oui, combien de doses ?
If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?
At what age did they receive each dose?

Il n'y a pas de rappel pour l'hépatite B s'il s'agit du seul vaccin non reçu

Vaccin contre les infections à méningocoque B (MenB)
MenB (meningococcal B) vaccine

Votre enfant a-t-il déjà fait un choc anaphylactique (une réaction allergique grave) au latex ?
Has your child ever had anaphylaxis (severe allergic reaction) to latex?

Oui Non
Yes No

Votre enfant a-t-il été vacciné contre les infections à méningocoque B ?
Has your child received any MenB vaccine?

Oui Non Je ne sais pas
Yes No Do not know

Si oui, combien de doses ?
If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?
At what age did they receive each dose?



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022

Version 2.0 29 December 2022

Partie 3a : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les enfants âgés de moins de 2 ans (suite)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaccin PCV13 (pneumococcique)

PCV13 (pneumococcal) vaccine

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le pneumocoque ?

Has your child received any PCV13 vaccine?

Oui

Yes

Non

No

Je ne sais pas

Do not know

Si oui, combien de doses ?

If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

Vaccin contre le rotavirus (PAS recommandé après 8 mois révolus)

Rotavirus vaccine (NOT recommended on or after 8 months 0 days old)

Votre enfant présente-t-il actuellement une diarrhée ou des vomissements ?

Does your child have diarrhoea or vomiting at the moment?

Oui

Yes

Non

No

A-t-on diagnostiqué à votre enfant une invagination ?

Has your child been diagnosed with a condition called intussusception?

Oui

Yes

Non

No

Votre enfant est-il né avec une déformation des intestins (par ex. diverticule de Meckel) ?

Was your child born with an abnormality of the gut (e.g., Meckel's diverticulum)?

Oui

Yes

Non

No

Veillez préciser

Please detail

A-t-on diagnostiqué à votre enfant un déficit immunitaire combiné sévère (SCID) ?

Has your child been diagnosed with a condition called Severe Combined Immunodeficiency (SCID)?

Oui

Yes

Non

No

A-t-on diagnostiqué à votre enfant une des maladies héréditaires rares suivantes ?

Has your child been diagnosed with any of the following rare hereditary conditions?

Intolérance au fructose

Fructose Intolerance

Déficit congénital en sucrase-isomaltase

Sucrose-Isomaltase Deficiency

Malabsorption du glucose-galactose

Glucose-Galactose Malabsorption

La mère de l'enfant a-t-elle pris un médicament appelé infliximab lors de sa grossesse et/ou lors de l'allaitement ?

Did this child's mother take a medication called infliximab during her pregnancy and/or when breastfeeding?

Veillez préciser

Please detail

Votre enfant vit-il avec une personne immunodéprimée/présentant un système immunitaire affaibli ?

Does your child live with anyone who is immunocompromised/has a weakened immune system?

Veillez préciser

Please detail

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le rotavirus ?

Has your child received any rotavirus vaccine?

Oui

Yes

Non

No

Je ne sais pas

Do not know

Si oui, combien de doses ?

If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022

Version 2.0 29 December 2022

Partie 3a : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les enfants âgés de moins de 2 ans (suite)

Section 3a: Please fill this section for children aged under 2 years ONLY (continued)

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaccin contre les infections à méningocoque C (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Votre enfant a-t-il été vacciné contre les infections à méningocoque C ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**
Has your child received any MenC vaccine? **Yes** **No** **Do not know**

Si oui, combien de doses ?

If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

Vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole) – Il ne doit pas être pris en compte s'il a été administré avant 12 mois à moins qu'il ait été administré dans les 4 jours précédant le premier anniversaire de l'enfant

Vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole)

MMR (measles, mumps and rubella) vaccine

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin ROR à 12 mois ou après ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older? **Yes** **No** **Do not know**

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin ROR pour voyager/en cas d'épidémie ? **Oui** **Non**
Has your child received MMR vaccine for travel/outbreak? **Yes** **No**

Si oui, à quel âge ?

If yes, at what age?

Vaccin Hib/MenC

Hib/MenC vaccine

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin Hib/MenC à 12 mois ou après ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**
Has your child received Hib/MenC vaccine at 12 months or older? **Yes** **No** **Do not know**

Partie 3b : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les enfants âgés de 2 à 10 ans

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY

Remarque : les vaccins MenB et PCV13 ne sont généralement PAS recommandés pour les enfants de plus de 2 ans

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, l'hépatite B et la méningite bactérienne (Hib)

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib vaccines

Votre enfant a-t-il été vacciné contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, l'hépatite B et la méningite bactérienne (Hib) ? En Irlande, un vaccin hexavalent (6 en 1) est administré à 2, 4 et 6 mois

Has your child received vaccines containing diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough), HepB and Hib? In Ireland this is given as 6-in-1 vaccine at 2, 4 and 6 months

Oui **Non** **Je ne sais pas**
Yes **No** **Do not know**

Si oui, combien de doses ?

If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

Vaccin contre les infections à méningocoque C (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Il n'y a pas de rappel pour l'hépatite B s'il s'agit du seul vaccin non reçu

Votre enfant a-t-il été vacciné contre les infections à méningocoque C ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**
Has your child received any MenC vaccine? **Yes** **No** **Do not know**

Si oui, combien de doses ?

If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022

Version 2.0 29 December 2022

Partie 3b : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les enfants âgés de 2 à 10 ans (suite)

Section 3b: Please fill this section for children aged 2 years to <10 years ONLY (continued)

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole) – Il ne doit pas être pris en compte s'il a été administré avant 12 mois à moins qu'il ait été administré dans les 4 jours précédant le premier anniversaire

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin ROR à 12 mois ou après ?
Has your child received MMR vaccine at 12 months or older?

Oui Non Je ne sais pas
Yes No Do not know

Si oui, combien de doses ?
If yes, how many doses?

À quel âge a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

**Vaccin quadrivalent (diphtérie, tétanos, polio et coqueluche)
4-in-1 (diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) vaccine)**

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin quadrivalent après son 4^e anniversaire ?
Has your child received 4-in-1 vaccine after their fourth birthday?

Oui Non
Yes No

Votre enfant est-il scolarisé en classe « junior infants » en Irlande ?
Is your child in junior infants in Ireland?

Oui Non
Yes No

Votre enfant a-t-il reçu des vaccins à l'école maternelle ou primaire en Irlande ou ailleurs ?
Has your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

Oui Non
Yes No

Si oui, à quel âge ?
If yes, at what age?

Partie 3c : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les mineurs de plus de 10 ans et les adultes

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Remarque : les vaccins MenB et PCV13 ne sont PAS recommandés pour les enfants de plus de 2 ans et le vaccin Hib n'est pas recommandé à partir de 10 ans

Vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV (uniquement en cas de rattrapage vaccinal chez les 10-13 ans si le Tdap/IPV est indisponible), Tdap]

Diphtheria, tetanus, polio, pertussis (whooping cough) containing vaccines [Tdap/IPV, Td/IPV, DTaP/IPV(only for catch-up in those aged 10-13 years old if Tdap/IPV is unavailable), Tdap]

Est-ce que vous ou votre enfant avez été vacciné(e) contre le tétanos, la diphtérie, la polio et la coqueluche ? En Irlande, un vaccin hexavalent (6 en 1) est administré à 2, 4 et 6 mois.

Have you/your child received vaccines protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough? In Ireland these are given as 6-in-1 vaccines due at 2, 4, 6 months?

Oui Non
Yes No

Si oui, combien de doses ?
If yes, how many doses?

À quel âge avez-vous/a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

Est-ce que vous ou votre enfant avez été vacciné(e) contre le tétanos, la diphtérie, la polio et la coqueluche (vaccin quadrivalent en Irlande) à partir de 4 ans ?

Have you/your child received a vaccine protecting against tetanus, diphtheria, polio and whooping cough (in Ireland given as 4-in-1 vaccine) at age 4 or older?

Oui Non
Yes No

Est-ce que vous ou votre enfant avez reçu des vaccins à l'école maternelle ou primaire en Irlande ou ailleurs ?

Have you/your child received any vaccines in primary school in Ireland or elsewhere?

Oui Non
Yes No

Si oui, quel(s) vaccin(s) ?
If yes, what vaccine?

À quel âge ?

At what age??



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022

Version 2.0 29 December 2022

Partie 3c : veuillez remplir cette partie UNIQUEMENT pour les mineurs de plus de 10 ans et les adultes (suite)

Section 3c: Please fill this section for people aged 10 years and older including adults ONLY (continued)

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Complete this part for the person getting vaccinated (PLEASE USE BLOCK CAPITALS)

Est-ce que vous ou votre enfant avez reçu une cinquième dose (3^e rappel) du vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (Tdap en Irlande) au collège en Irlande ou ailleurs ?

Oui Yes Non No

Have you/your child received a fifth vaccine protecting against tetanus, diphtheria and whooping cough (in Ireland given as Tdap) in secondary school in Ireland or elsewhere?

Si oui, quel vaccin ?

If yes, what vaccine?

À quel âge avez-vous/a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

Vaccin contre les infections à méningocoque C (MenC)

MenC (meningococcal C) vaccine

Remarque : 1 dose de vaccin MenC est recommandée jusqu'à 23 ans UNIQUEMENT si aucun vaccin MenC a été administré depuis l'âge de 10 ans

Est-ce que vous ou votre enfant avez été vacciné(e) contre les infections à méningocoque C ou reçu un vaccin polyvalent protégeant de ces infections ?
Have you/your child received any MenC vaccine or MenC-containing vaccine?

Oui Yes Non No Je ne sais pas Do not know

Si oui, combien de doses ?

If yes, how many doses?

À quel âge avez-vous/a-t-il reçu chaque dose ?

At what age did they receive each dose?

Est-ce que vous ou votre enfant avez reçu des vaccins au collège en Irlande ou ailleurs ?

Have you/your child received any vaccines in secondary school in Ireland or elsewhere?

Oui Yes Non No

Si oui, quel(s) vaccin(s) ?

If yes, what vaccine?

À quel âge ?

At what age?

Vaccin ROR (rougeole, oreillons, rubéole) – Il ne doit pas être pris en compte s'il a été administré avant 12 mois à moins qu'il ait été administré dans les 4 jours précédant le premier anniversaire.

Est-ce que vous ou votre enfant avez reçu au moins une dose de vaccin ROR à partir de 12 mois ?

Have you/your child received one or more MMR vaccine at 12 months or older?

Oui Yes Non No Je ne sais pas Do not know

Si oui, quel vaccin ?

If yes, what vaccine?

À quel âge ?

At what age?

Est-ce que vous ou votre enfant êtes enceinte ?

Are you/your child pregnant?

Oui Yes Non No

Le vaccin ROR n'est pas recommandé durant la grossesse. Il faut éviter toute grossesse le mois suivant le vaccin ROR.



French

Formulaire de consentement à la vaccination

Formulaire de consentement proposant aux réfugiés et demandeurs d'asile de tout âge un rattrapage vaccinal et une vaccination en cas d'épidémie

Consent form to offer children and adult refugees and applicants seeking protection catch up vaccination and in the event of an outbreak

Version 2.0, 29 décembre 2022

Version 2.0 29 December 2022

Partie 4 : consentement

Section 4: Consent

Signez cette partie et cochez chaque case si vous acceptez la vaccination.

Sign this section and put an X in each box if you give consent for vaccination.

Oui, je consens à ce que la personne susmentionnée reçoive les vaccins indiqués ci-après. Le vaccinateur vous indiquera les vaccins nécessaires :

Yes, I consent to the vaccination of the above named person with the below vaccines. Your vaccinator will tell you which vaccines are needed:

Vaccin hexavalent (DTaP/Hib/IPV/Hep B)

6-in-1 vaccine (DTaP/Hib/IPV/Hep B)

MenC (infections à méningocoque C)

MenC (meningococcal C)

Rotavirus (vaccin oral antirotavirus)

Rotavirus (rotavirus oral vaccine)

Tdap

Tdap

Tdap/IPV

Tdap/IPV

Hib/MenC (vaccin combiné contre la méningite bactérienne et les infections à méningocoque C)

Hib/MenC (haemophilus influenza b +meningococcal C)

MenB (infections à méningocoque B)

MenB (meningococcal B)

VPC (vaccin pneumococcique conjugué)

PCV (pneumococcal conjugate)

ROR (rougeole, oreillons, rubéole)

MMR (measles, mumps and rubella)

Vaccin quadrivalent (DTaP/IPV)

4-in-1 (DTap/IPV)

Td/IP

Td/IPV

J'ai lu et compris les informations ci-jointes relatives aux vaccins, y compris les effets secondaires connus.

I have read and understand the accompanying vaccine information, including known side effects.

J'ai compris que le vaccin ROR est déconseillé pendant la grossesse.

I understand that MMR vaccine is not recommended during pregnancy.

Veillez cocher la case indiquée ci-après :

Please tick the appropriate box below:

Je comprends que je consens à procéder à un rattrapage vaccinal conformément au calendrier vaccinal irlandais, lequel peut concerner un ou plusieurs vaccins conseillés par mon vaccinateur.

I understand that I am giving consent for the administration of a catch-up schedule of vaccination in line with the Irish Immunisation Schedule, which may be for one or a course of vaccines as advised by my vaccinator.

Je comprends que je consens à la vaccination en cas d'épidémie pour me protéger ou protéger mon enfant de maladies qu'on peut éviter grâce aux vaccins.

I understand that I am giving consent for administration of vaccines in an outbreak situation to protect me/my child from a vaccine preventable disease.

Si vous signez pour un(e) mineur(e) de moins de 16 ans

If signing for someone under 16 years

En signant ce formulaire, je confirme que je suis autorisé(e) à donner mon consentement au nom de l'enfant susmentionné. (Les mineurs âgés de 16 ans et plus peuvent légalement donner leur consentement.)

I confirm by signing this form that I am authorised to give consent on behalf of the above named child. (Those aged 16 years or older are legally entitled to consent for themselves).

Signature :

Date du consentement :

Consent Date:

FOR OFFICE USE ONLY

Name of Vaccine	Date Given (DD/MM/YYYY)	Dose Number	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Injection Site

Prescriber Signature:

GP Practice/HSE Clinic/Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN:

Vaccinator Signature:

GP PCI Contract/PCRS ID

PIN/MCRN: