



Septembre 2009

Chers Parents/tuteurs:

Le virus de la grippe 2009 H1N1 a causé une maladie de plutôt bénigne chez certains à très sévère chez d'autres. Beaucoup d'enfants ont attrapé l'infection 2009 H1N1 et nous avons vu les épidémies se répandre dans certaines écoles du pays entier.

La vaccination est la meilleure protection contre cette maladie potentiellement sérieuse. Ce vaccin est différent du vaccin contre la grippe saisonnière. Il est conseillé de faire vacciner, contre le 2009 H1N1, les enfants et les jeunes adultes de 6 mois à 24 ans dès que l'immunisation sera disponible. Le vaccin sera bientôt offert par le Département de la Santé de Cincinnati.

Le Département de la santé travaille de concert avec l'école de votre enfant pour pouvoir administrer le vaccin contre la grippe 2009 H1N1 dès le mois prochain. **L'immunisation est gratuite.** Pour les enfants de moins de 10 ans, il est possible qu'un rappel soit nécessaire (moins de 9 ans et ayant été vacciné ou plus de 10 ans et ayant pris la vaporisation).

En plus des enfants, d'autres personnes sont en droit de recevoir la première dose de vaccin contre la grippe 2009 H1N1 :

- o Les femmes enceintes
- o Les gens vivant avec des enfants de moins de 6 mois ou s'en occupant
- o Les employés des services de la santé et des services d'urgence, et
- o Les gens âgés de 25 à 64 ans souffrant de certaines maladies telles que le VIH, le diabète ou toute maladie affectant le coeur ou les poumons.

L'autorisation ci-joint vous permet d'accepter ou de refuser la vaccination de votre enfant ou de toute autre personne appartenant à l'une des catégories ci-dessus. Une autorisation signée, individuelle pour chaque personne à vacciner, est exigée. Le formulaire d'autorisation doit être rempli pour pouvoir recevoir le vaccin.

- 1) Signez et datez l'autorisation et retournez-la à l'école. Le personnel de l'école vous fera savoir quand la session de vaccination aura lieu. Si vous changez d'avis au sujet de l'autorisation ou si vous avez besoin de formulaires supplémentaires, appelez le bureau de la santé scolaire du Département de la Santé de Cincinnati au 513-357-2815.
- 2) Imprimez l'autorisation à partir du site internet de Cincinnati Public Schools sur <http://www.cps-k12.org> et faites-la parvenir à l'école.

Veillez retourner l'autorisation de vaccination complétée au plus tard le mercredi 7 octobre 2009.

Pour toute question sur le vaccin ou sur les sessions de vaccination, appelez : 513-357-2815. Pour plus d'informations sur le H1N1, visitez <http://www.cdc.gov/h1n1flu/> ou <http://www.cdc.gov/h1n1flu/parents>. Le médecin de votre enfant pourra répondre à vos questions sur le virus de la grippe 2009 H1N1 et pourra même administrer à votre enfant le vaccin contre le virus 2009 H1N1 et contre la grippe saisonnière.

Cordialement,

Mary Ronan
Surintendante des Ecoles
Cincinnati Public Schools

Marilyn Crumpton, MD, MPH
Directrice médicale pour la santé des écoles et des adolescents
Cincinnati Health Department

Cincinnati Health Department/Département de la Santé de Cincinnati
Consent Form for Free 2009 H1N1 Influenza Vaccine/
Autorisation pour la vaccination gratuite contre la grippe 2009 H1N1

Section 1: Information about the Person to Receive Vaccine (please print)/Renseignements sur la personne à vacciner (En lettres capitales)

NAME/ (Last)/NOM DE FAMILLE		(First)/(Prénom)	(M.I.)/Initiale	DATE OF BIRTH/DATE DE NAISSANCE Month/mois _____ day/jour _____ year/année _____	
PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME (Last) NOM DE FAMILLE DU PARENT/TUTEUR		(First)/(Prénom)	(M.I.)/Initiale	AGE	GENDER/SEXE M / F
ADDRESS/ADRESSE			DAYTIME PHONE NUMBER/NUMERO DE TELEPHONE DANS LA JOURNEE :		
CITY/VILLE	STATE/ETAT	ZIP/CODE POSTAL			
SCHOOL NAME/NOM DE L'ECOLE			GRADE/HOMEROOM/ NIVEAU/SALLE DE CLASSE		

Section 2: Screening for Vaccine Eligibility/Détermination des qualification pour le vaccin

If the person has already been vaccinated with 2009 H1N1 influenza vaccine, please tell us the number of doses and dates of vaccination./
Au cas où la personne aurait déjà été vaccinée contre la grippe 2009 H1N1, indiquer les doses reçues et les dates.

Date received/Date reçu: month/mois _____ day/jour _____ year/année _____ Form/Format (please circle/ entourer): nasal spray/ vaporisateur shot/ piqure
 Date received/Date reçu: month/mois _____ day/jour _____ year/année _____ Form/Format (please circle/ entourer): nasal spray/ vaporisateur shot/ piqure

The following questions will help us know if the person can get the 2009 H1N1 influenza vaccine. Please mark YES or NO for each question./
Les questions suivantes nous aideront à savoir si quelqu'un peut recevoir le vaccin contre la grippe 2009 H1N1. Marquer OUI ou NON en face de chaque question.

- A. Please check all that apply for the person listed above/Cochez tout ce qui s'applique à la personne listée ci-dessus:**
- _____ Is between 6 months and 24 years old/A entre 6 mois et 24 ans
 _____ Lives with or cares for children less than 6 months of age/Vit avec des enfants de moins de 6 mois ou s'en occupe
 _____ Is pregnant/Est enceinte
 _____ Works in healthcare or emergency services/Est employée dans le domaine de la santé ou les services d'urgence
 _____ Is 25 thru 64 years old and has a chronic health condition (Please list)/A entre 25 et 64 ans et souffre d'une maladie chronique
 (Veuillez la lister) : _____
 _____ Does not fit any category but would like to be vaccinated/N'appartient à aucune de ces catégories mais aimerait être immunisée
- B. If you answer "NO" to all four of the following questions, the person can probably get the influenza vaccine. If you answer "YES" to one or more of the following four questions, the person may be able to get the 2009 H1N1 vaccine, but we will contact you to discuss your options./**
Si vous avez répondu "NON" à toutes les questions suivantes, la personne pourra recevoir le vaccin contre la grippe. Si vous avez répondu "OUI" à l'une des questions suivantes, la personne pourra recevoir le vaccin 2009 H1N1 après discussion préalable de vos options.

	YES/ OUI	NO/ NON
1. Does the person have a serious allergy to eggs?/La personne est-elle fortement allergique aux oeufs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person have any other serious allergies? Please list/La personne a-t-elle d'autres allergies sérieuses ? Veuillez les énumérer : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has the person ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine? La personne a-t-elle eu une réaction violente après une dose de vaccin anti-grippe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has the person ever had Guillain-Barré Syndrome (a temporary severe muscle weakness) within 6 weeks after receiving flu vaccine?/La personne a-t-elle développé le syndrome de Guillain-Barré (sévère, temporaire faiblesse musculaire) dans les 6 semaines suivant le vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cincinnati Health Department/Département de la Santé de Cincinnati
Consent Form for Free 2009 H1N1 Influenza Vaccine/
Autorisation pour la vaccination gratuite contre la grippe 2009 H1N1

C. There are two kinds of 2009 H1N1 vaccine. Your answers to these questions will help us know which of the two kinds of vaccine the person can get./Il existe deux sortes de vaccin 2009 H1N1. Votre réponse aux questions suivantes nous aidera à déterminer quel type de vaccin conviendra à la personne

	YES/ OUI	NO/ NON
1. Has the person received any of the following vaccinations within the past 30 days? MMR, Varicella, FluMist If yes, give type and date./ La personne a-t-elle reçu un des vaccins suivants dans les 30 jours passés ? MMR, Varicelle, grippe par vaporisateur. Si oui, indiquer le type et la date. Recent Vaccinations/Vaccin récent: _____ Date given/ Date reçu: month/mois _____ day/jour _____ year/ année _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the person have any of the following: asthma, diabetes (or other type of metabolic disease), or disease of the lungs, heart, kidneys, liver, nerves, or blood?/ La personne souffre t-elle de : l'asthme, le diabète (ou autre maladie du métabolisme) ou de désordre affectant les poumons, les reins, le foie, les nerves ou le sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the person on long-term aspirin or aspirin-containing therapy (for example, does the person take aspirin every day)?/ La personne suit-elle un traitement à long terme à base d'aspirine (par exemple, prend-elle de l'aspirine tous les jours) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Does the person have a weak immune system (for example, from HIV, cancer, or medications such as steroids or those used to treat cancer)?/ La personne a-t-elle un système immunitaire déficient (à cause, par exemple, du VIH, du cancer, ou de médicaments utilisés dans le traitement du cancer, tels que les stéroïdes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is the person pregnant? La personne est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does the person have close contact with someone who needs care in a protected environment (for example, someone who has recently had a bone marrow transplant)?/ La personne est-elle en contact avec quelqu'un ayant besoin d'un environnement protégé (comme quelqu'un qui aurait subi une transplantation de moëlle osseuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3: Consent/Autorisation

CONSENT FOR VACCINATION/AUTORISATION POUR LA VACCINATION: I understand that I will receive the 2009-2010 Vaccine Information Statement for the 2009 H1N1 influenza vaccine and the Cincinnati Health Department Notice of Privacy Practices at the time of vaccination./ Je comprends que je vais recevoir la déclaration informative d'immunisation 2009-2010 concernant le vaccin contre la grippe 2009 H1N1 et la déclaration du Département de la Santé de Cincinnati concernant le respect de la vie privée dans le cadre des immunisations.	
I GIVE CONSENT to the Cincinnati Health Department and its staff for the person named at the top of this form to receive this vaccine. (If this consent form is not signed, dated, and returned, the vaccination will not be given.) J'AUTORISE le Département de la Santé de Cincinnati et son personnel à administrer le vaccin à la personne nommée ci-dessus. (Le vaccin ne sera pas administré si ce formulaire n'est pas retourné daté et signé) Signature of Person/Parent/Legal Guardian _____ Signature du parent/tuteur _____ Date: month/mois _____ day/jour _____ year/année _____	I DO NOT GIVE CONSENT to the Cincinnati Health Department health and its staff for my child named at the top of this form to be vaccinated. JE N'AUTORISE PAS le Département de la Santé de Cincinnati et son personnel à administrer le vaccin à l'enfant nommé ci-dessus. Signature of Person/Parent/Legal Guardian _____ Signature du parent/tuteur _____ Date: month/mois _____ day/jour _____ year/année _____

Section 4: Vaccination Record (FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY)/Rapport de vaccination (POUR USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT)

Vaccine/ Vaccin	Date Dose Administered/donnée	Route	Vaccine Manufacturer /Manufacturier du vaccin	Lot Number Numéro de lot	Name and Title of Vaccine Administrator/ Nom et titre de l'administrateur du vaccin
2009 H1N1	/ /	<input type="checkbox"/> IM/injection <input type="checkbox"/> Intranasal/vaporisation			
Required Booster if < 9 years/ Rappel exigé si <9 ans	/ /	<input type="checkbox"/> IM/injection <input type="checkbox"/> Intranasal/vaporisation			