

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Services médicaux avant le départ, Programme fédéral de santé intérimaire, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Toutes les personnes réfugiées à l'étranger qui sont bénéficiaires du Programme fédéral de santé intérimaire et qui se font vacciner par des médecins désigné(e)s **NON affilié(e)s à l'Organisation internationale pour les migrations** doivent lire et signer ce formulaire.

En lien avec les vaccins offerts par _____
Nom du fournisseur de soins de santé (caractères imprimés)
et payés par le Programme fédéral de santé intérimaire, j'accepte ce qui suit :

1. J'accepte de recevoir des vaccins pour moi-même ou les personnes à ma charge et je confirme que j'ai lu le contenu des fiches d'information sur les vaccins que moi-même ou les personnes à ma charge avons reçues, ou qu'on m'a expliqué le contenu de ces fiches.
2. Je reconnais que j'ai eu l'occasion de poser des questions et je confirme que je comprends les bénéfices et les risques associés aux vaccins qui me sont offerts et qui sont offerts aux personnes à ma charge.
3. Je comprends que, en vertu des lois en vigueur au Canada, je peux refuser de recevoir un vaccin en raison de mon opposition à toute forme de vaccination, et que mon refus n'aura aucune incidence sur mon admissibilité aux fins de la réinstallation au Canada.
4. J'autorise le fournisseur de soins de santé indiqué ci-dessus, ses employé(e)s, son personnel médical ou ses représentant(e)s à m'administrer des vaccins ou à en administrer aux personnes à ma charge.
5. J'autorise le fournisseur de soins de santé indiqué ci-dessus, ses employé(e)s, son personnel médical ou ses représentant(e)s à communiquer les dossiers de vaccination à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada et à Croix Bleue Medavie à des fins d'administration du Programme fédéral de santé intérimaire.

☐ Je suis d'accord

☐ Je ne suis pas d'accord

Nom du client : _____ Signature : _____ Date : _____

Nom du tuteur : Si le client est
âgé de moins
de 16 ans _____ Signature : _____ Date : _____

Nom du conseiller : _____ Signature : _____ Date : _____

jj-mm-aaaa

jj-mm-aaaa

jj-mm-aaaa