

<p align="center"><b>LISTE DE CONTRÔLE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE VACCINATION PAR LE BCG (BACILLE DE CALMETTE ET GUÉRIN)</b></p> <p><b>Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent</b></p>	SURNAME	D.O.B.	
	FIRST NAMES	AGE	SEX
	ADDRESS		
			POSTCODE
	TELEPHONE	M.R.N.	

Les renseignements suivants sont nécessaires pour évaluer votre état de santé avant la vaccination par le BCG (Bacille de Calmette et Guérin) [Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination)].

Les conditions énumérées ci-dessous ne signifient pas forcément qu'il est impossible pour vous ou votre enfant d'être vacciné(e) aujourd'hui, **mais veuillez informer l'infirmière ou l'infirmier si la personne devant être vaccinée :**

- Est aujourd'hui souffrante (par exemple, présente une fièvre de  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ) ;
- Souffre d'une maladie entraînant une baisse immunitaire (par exemple leucémie, cancer, VIH/sida ou malignités affectant la moelle épinière ou les systèmes lymphoïdes); ou subit un traitement entraînant une baisse immunitaire (par exemple traitement à base de stéroïdes comme cortisone ou prednisone, chimiothérapie ou thérapie par radiation) ;
- A déjà eu, dans le passé, une réaction sévère à tout autre vaccin ;
- Souffre d'allergies sévères ;
- A déjà reçu un autre vaccin au cours du dernier mois ;
- A été exposée à un cas de tuberculose (TB) ou est suivie médicalement après un contact avec la tuberculose ;
- A déjà été vaccinée par le BCG contre la tuberculose.

**N.B. la vaccination par le BCG n'est pas recommandée pour les personnes suivantes :**

- Les sujets ayant présenté dans le passé une réaction positive au test tuberculinique intradermique, c'est à dire une réaction de  $> 5\text{mm}$  ;
- Les sujets infectés par le VIH et les patients immunocompromis (à cause du risque de généralisation de l'infection par le BCG chez ces sujets) ;
- Les sujets à haut risque d'infection par le VIH quand leur statut VIH est inconnu ;
- Les sujets présentant des maladies de peau étendues ;
- Les femmes enceintes – Il n'a jamais été prouvé que le BCG puisse constituer un risque pour le fœtus mais l'administration de vaccins vivants n'est pas recommandée durant la grossesse ; et

- Les sujets ayant déjà eu la tuberculose.

En outre, on rappellera aux sujets prédisposés à développer des cicatrices chéloïdes (formation excessive de tissu cicatriciel) que le vaccin du BCG laisse généralement une cicatrice et qu'une cicatrice chéloïde pourrait se former sur le site du vaccin.

**Veillez aviser l'infirmière/l'infirmier si l'une ou plusieurs des conditions énumérées ci-dessus s'appliquent à votre cas ou à celui de votre enfant avant la vaccination par le BCG. Si vous avez des questions sur le contenu de ce feuillet d'information ou sur tout autre aspect du BCG, veuillez en faire part à l'infirmière/l'infirmier avant l'administration du vaccin.**

**L'infirmière/l'infirmier vous demandera si:**

- Vous avez bien lu et compris ce formulaire et le feuillet d'information sur le BCG, et si
- Vous désirez recevoir un complément d'informations avant de décider d'être vacciné par le BCG.

---

J'ai été avisé des risques et bénéfices de la vaccination par le BCG et j'en ai discuté avec l'infirmière/l'infirmier du service de pneumologie. Les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, exacts.

**Je consens à l'administration du vaccin BCG pour :**

***I consent to the administration of the BCG vaccine for:***

Rayez la mention inutile :

*Cross out the incorrect response:*

**MOI-MEME / MON ENFANT**

**MYSELF / MY CHILD**

Signature :

*Signature:* \_\_\_\_\_

Date :

*Date:* \_\_\_\_\_

Nom (en majuscules) :

*Print Name:* \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

*Relationship:* \_\_\_\_\_

**Infirmier(ère) du service de pneumologie / vaccinateur:**

***Chest Clinic Nurse / Immuniser:***

Nom (en majuscules) :

*Print Name:* \_\_\_\_\_

Signature :

*Signature:* \_\_\_\_\_

**Comments :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_