

Certificat d'état d'immunisation (CIS)

Office Use Only:	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Veillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie. Voir instructions au verso, pour remplir ce formulaire ou pour l'imprimer à partir du Registre d'immunisation.

Nom de l'enfant :	Prénom :	Init. du 2^{ème} prénom :	Date de naissance(mm/jj/aaaa) :	Sexe :	Je certifie que les informations fournies sur ce formulaire sont exactes et vérifiables.	
Symboles : ◆ Obligatoire pour écoles et crèches/jardins d'enfants ● Obligatoire pour crèches/jardins d'enfants seulement						
Nom du parent/tuteur (caractères d'imprimerie) :					Signature du parent/tuteur obligatoire	Date

Type de vaccin	Dose	Date		
		Mois	Jour	Année
◆ Hépatite B (Hép B)				
	1			
	2			
	3			
ou Hép B - 2 doses, calendrier diff. pour adolescents				
	1			
	2			
Rotavirus (RV1, RV5)				
	1			
	2			
	3			
◆ Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTCa, DTC, DT)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (Tdca, Td)				
	1			
	2			
● Haemophilus influenzae de type b (Hib)				
	1			
	2			
	3			
	4			
● Pneumococcique (PCV, PPSV)				
	1			
	2			
	3			
	4			

Type de vaccin	Dose	Date			
		Mois	Jour	Année	
◆ Polio (IPV - injection , OPV- voie orale)					
	1				
	2				
	3				
	4				
Grippe (dernière en date)					
◆ Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)					
	1				
	2				
◆ Varicelle ou vérification d'antécédents 1-4 ▶					
	1				
	2				
Hépatite A (Hép A)					
	1				
	2				
Méningococcique (MCV, MPSV)					
	1				
Papillomavirus (HPV)					
	1				
	2				
	3				
Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission:					
Printed Staff Name		Date	Printed Staff Name		Date
Printed Staff Name		Date	Printed Staff Name		Date

Si l'enfant a eu la varicelle (et non le vaccin), les antécédents doivent être vérifiés.

Cochez option 1, 2, 3, OU 4 ci-dessous – voir #5 au verso.

1) Varicelle vérifiée par l'impression du Profil ENFANT du Registre d'immunisation
Doit être imprimé (non recopié à la main) pour être valable.

2) Varicelle vérifiée par prestataire de soins
Si vous cochez cette case, cochez 2A OU 2B ci-dessous.
2A) Note signée du prestataire jointe OU
2B) Signature du prestataire et nom en caractères d'imprimerie ci-dessous :

Signature du prestataire de soins licencié _____ Date _____
(médecin, ostéopathe, naturopathe, adj. au médecin, infirm. praticienne)
Nom en caractères d'imprimerie : _____

3) Varicelle vérifiée par le personnel scolaire à partir du Profil ENFANT du Registre d'immunisation
Si vous cochez cette case, l'employé doit apposer ses initiales indiquant l'accord du parent ou tuteur :
(initiales) _____ (date) _____

4) Varicelle vérifiée par un parent*
Si vous cochez cette case, notez la date ou l'âge de l'enfant au moment de la maladie :
Age/Date de la maladie : _____
*SEULEMENT admis pour certaines classes, voir #5(4) au verso.

Si une analyse de sang (titrage) a prouvé que l'enfant a une immunité et il/elle n'a pas reçu le vaccin, demandez à votre prestataire de soins de remplir cette case.
Documentation de l'immunité à la maladie

Je certifie que l'enfant désigné sur ce formulaire présente une immunité prouvée en laboratoire aux maladies cochées ci-dessous.

Le(s) rapport(s) de laboratoire DOIT/DOIVENT être joints.

<input type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input type="checkbox"/> Polio	
<input type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Rubéole	
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Tétanos	
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Varicelle	

Signature du prestataire de soins licencié _____ Date _____
(médecin, ostéopathe, naturopathe, adj. au médecin, infirm. praticienne)
Nom en caractères d'imprimerie : _____

Pour remplir le Certificat d'état d'immunisation (CIS) : l'imprimer à partir du Registre d'immunisation ou le remplir à la main.

1 Pour l'imprimer avec les champs déjà remplis : Demandez au cabinet de votre fournisseur de soins d'entrer l'historique des vaccinations dans le Registre d'immunisation du profil ENFANT (base de données de l'Etat de Washington). Puis, demandez-lui d'imprimer le formulaire CIS et les informations concernant votre enfant seront remplies automatiquement.

Veillez à examiner toutes les informations, signez et datez le formulaire CIS dans la case située en haut et à droite, et donnez-le à l'école ou la crèche. Si le cabinet de votre fournisseur de soins n'utilise pas le profil ENFANT, demandez-leur une copie du carnet de vaccination de votre enfant pour que vous puissiez remplir le formulaire vous-même, en suivant les étapes #2-7 (ci-dessous) :

EXEMPLE

2 Pour le remplir à la main : Inscrivez (en caractères d'imprimerie) le nom, la date de naissance, le sexe de l'enfant ainsi que votre nom en haut.

3 Notez chaque vaccin que votre enfant a reçu sous la maladie correspondante. Notez le type de vaccin dans la colonne "Type de vaccin" et la date que chaque dose a été reçue dans les colonnes "Mois," "Jour," et "Année" (format mm/jj/aaaa). Par exemple, si le DTCa a été reçu le 12 janvier, le 20 mars et le 1er juin 2011, notez les dates comme indiqué ici ►

Type de vaccin	Dose	Date		
		Mois	Jour	Année
◆ Diphthérie, Tétanos, Coqueluche (DTCa, DTC, DT)				
DTCa	1	01	12	2011
DTCa	2	03	20	2011
DTCa	3	06	01	2011

4 Si votre enfant a reçu un vaccin associé (une injection qui protège contre plusieurs maladies), utilisez le Guide de référence ci-dessous pour noter chaque vaccin correctement. Par exemple, pour Pediarix notez **DTCa** sous Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, **Hép B** sous Hépatite B, et **IPV** sous Polio.

5 Si votre enfant a eu la varicelle et n'a pas reçu le vaccin, n'utiliser qu'une seule des quatre options pour le noter sur le formulaire CIS :

- 1) Si le formulaire CIS de votre enfant est imprimé directement à partir du Profil ENFANT du Registre d'immunisation (par votre fournisseur de soins ou l'école), et que la vérification de la maladie a été trouvée, la case 1 est cochée automatiquement. Pour être valable, cette case doit être cochée sur le formulaire imprimé à partir du Registre d'immunisation (et non à la main).
- 2) Si votre fournisseur de soins peut vérifier que votre enfant a eu la varicelle, cochez la case 2. Puis cochez soit 2A pour joindre une note signée par votre fournisseur de soins, ou 2B si votre fournisseur de soins signe et date l'espace fourni. Vérifiez bien que le nom complet est également en caractères d'imprimerie.
- 3) Si le personnel de l'école à accès au Profil ENFANT du Registre d'immunisation et peut vérifier que votre enfant a eu la varicelle, ils cocheront la case 3. Puis, il doivent noter leurs initiales et la date où ils ont eu l'accord du parent ou tuteur pour cocher la case du formulaire CIS.
- 4) Si votre enfant est entré au jardin d'enfants durant l'année scolaire 2008-2009 ou après, vous **NE POUVEZ PAS** utiliser cette case. Si votre enfant est entré au jardin d'enfants avant l'année scolaire 2008-2009, cochez cette case si vous savez si il/elle a eu la varicelle. Si vous cochez la case 4, vous devez également noter l'âge de votre enfant ou la date où il/elle a eu la varicelle. Pour savoir quelles classes exigent le vaccin contre la varicelle (ou des antécédents de la maladie), visitez : <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>

6 Documentation de l'immunité à la maladie : si votre enfant peut prouver son immunité par un test sanguin (titrage) et il/elle n'a pas reçu le vaccin, demandez à votre fournisseur de soins de remplir cette case. Demandez-lui de noter la/les maladie(s), de signer, de dater, et inscrire son nom en caractères d'imprimerie dans l'espace fourni, et d'attacher les résultats d'analyse signés du laboratoire.

7 Assurez-vous de **signer et dater le formulaire CIS** dans la case située en haut et à droite, et de l'apporter à l'école ou la crèche.

8 Si l'école ou la crèche apporte une modification à votre formulaire, l'employé(e) doit inscrire son nom en caractères d'imprimerie et la date au centre et en bas de la case et pour indiquer votre accord.

Guide de référence

05-1-20 00 4-04-0000

Noms de marque des vaccins en ordre alphabétique (Pour une liste récente, visitez <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf>)

Nom de marque	Vaccin	Nom de marque	Vaccin	Nom de marque	Vaccin	Nom de marque	Vaccin	Nom de marque	Vaccin
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hép B	Ipol	IPV	Pentavalente	DTCa + Hép B + Hib	TriHIBit	DTCa + Hib
Adacel	Tdca	Fluarix	Grippe (TIV)	Infanrix	DTCa	Pneumovax	PPSV ou PPV23	Tripedia	DTCa
Afluria	Grippe (TIV)	FluLaval	Grippe (TIV)	Kinrix (Knrx)	DTCa + IPV	Prevnar	PCV ou PCV7 ou PCV13	Twinrix (Twnrx)	Hép A + Hép B
Boostrix	Tdca	FluMist	Grippe (LAIV)	Menactra	MCV ou MCV4	ProQuad (PrQd)	ROR + Varicelle	Vaqta	Hép A
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Grippe (TIV)	Menomune	MPSV ou MPSV4	Quadracel (Qdrcel)	DTCa + IPV	Varivax	Varicelle
Comvax (Cmvx)	Hép B + Hib	Fluzone	Grippe (TIV)	Pediarix (Pdrx)	DTCa + Hép B + IPV	Recombivax HB	Hép B		
Daptacel	DTCa	Gardasil	HPV4	PedvaxHIB	Hib	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Decavac	Td	Havrix	Hép A	Pentacel (Pntcl)	Hib + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

Abréviations des vaccins en ordre alphabétique (Pour une liste récente visitez <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf>)

Abréviations	Nom complet du vaccin	Abréviations	Nom complet du vaccin	Abréviations	Nom complet du vaccin	Abréviations	Nom complet du vaccin
DT	Diphthérie, Tétanos	Hép A (HAV) Hép B (HBV)	Hépatite A Hépatite B	MPSV ou MPSV4	Vaccin méningococcique polysaccharidique	Rota (RV1 ou RV5)	Rotavirus
DTCa	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b	PPSV ou PPV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine	Td	Tétanos, Diphthérie
DTC	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche	HPV	Papillomavirus humain	OPV	Vaccin antipoliomyélitique oral	Tdca	Tétanos, Diphthérie, Coqueluche acellulaire
Grippe (TIV ou LAIV)	Influenza (Grippe)	IPV	Vaccin antipoliomyélitique inactivé	PCV ou PCV7 ou PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine	TIG	Immunoglobulines antitétaniques
HBIG	Immunoglobulines anti-hépatitiques B	MCV ou MCV4	Vaccin conjugué méningococcique	ROR / RORV	Rougeole, Oreillons, Rubéole / avec Varicelle	VAR ou VZV	Varicelle

Si vous avez un handicap et désirez ce document sous un format différent, veuillez appeler le 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388).

French

DOH 348-013 January 2010