Rwanda Biomedical Centre
Healthy People, Wealthy Nation

CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LA VACCINATION DU COVID-19 CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

NOM DE LA FORMATION SANITAIRE / SITE DE VACCINATION : _____

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOMS :

DATE DE NAISSANCE: **NUMERO DE TELEPHONE :**

JOUR MOIS ANNEE |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

RESIDENCE:

VILLE/PROVINCE: **DISTRICT:**

SEXE **FEMININ** **MASCULIN**

Dose de vaccin ☐ Première dose ☐ Deuxième dose

- Moi.....,Parent/Tuteur de l'enfant .....agé (e).....consens à la place de l'enfant que le Centre Biomédical Rwandais (RBC) attaché au Ministere de la Santé peut lui administer le vaccin contre COVID-19.
- J'ai compris que ce vaccin a été autorisé par l'Agence Rwandaise de la Réglementation des Denrées Alimentaires et Médicaments (RFDA) et que le vaccin est donné à large échelle pour prévenir la maladie de coronavirus (COVID-19).
- J'ai lu et j'ai compris les informations concernant l'autorisation spéciale octroyée pour administer ce vaccin contre COVID-19, sur ce; j'autorise que mon enfant/enfant sous tuteur légalement soit vacciné. J'ai eu assez de temps pour poser des questions pour lesquelles j'ai reçu des réponses satisfaisantes.
- J'ai compris qu'il faut garder l'enfant au site de vaccination pendant 15 minutes après l'administration du vaccin pour observation appropriée. Au cas ou il/elle présente des effets secondaires sévères, je dois télephoner au numéro non payant **114** ou l'améner à l'hôpital plus proche.
- J'ai compris: (a) les objectifs et avantages du registre de vaccination au Rwanda , (b) que les informations collectées par Le Centre Biomédical Rwandais (RBC) concernant l'enfant seront gardées dans le système d'informations sanitaire en respectant l'éthique professionnelle et confidentialité. Cela contribuera également à la prevention des maladies par la vaccination conformément aux réglementations nationales et internationales.

Signature du Parent/Tuteur: **Date:**

Site de vaccination:

Adresse (Ville/Province & District):

Nom du vaccin:

Nom du Prestataire _____ **Date /Signature:** _____