

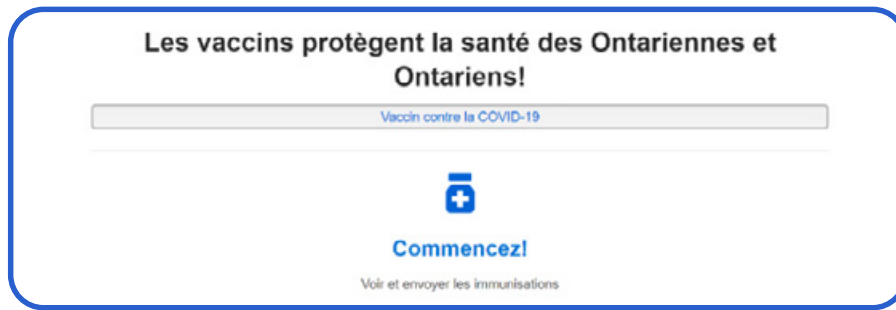
# Guide de la page Web de Connexion immunisations Ontario (ICON en anglais) : Comment saisir un dossier d'immunisation dans Connexion immunisations

1. Allez à [toronto.ca/StudentVaccines](https://toronto.ca/StudentVaccines) et cliquez sur le bouton « **Report or Access Vaccination Records** ».

Les parents/tuteurs peuvent soumettre et/ou accéder aux informations de vaccination de leur enfant à Santé publique Toronto.

Signaler ou accéder aux dossiers de vaccination \*

2. Après avoir cliqué sur « **français** », cliquez sur le bouton « **Commencez!** ».



3. Sélectionnez le type de dispositif que vous utilisez.



4. Après avoir lu la Politique d'utilisation acceptable, choisissez entre « **J'accepte** » et « **Je n'accepte pas** ». Si vous n'acceptez pas, veuillez composer le 416 338-7600 et choisir l'option 2 (vaccination) pour obtenir de l'aide.



5. Vérifiez le patient en saisissant le numéro de la carte Santé de l'Ontario de votre enfant et d'autres données (y compris son nom et sa date de naissance) OU son numéro d'identification d'immunisation de l'Ontario. Après avoir saisi ces données, optez pour « **Vérifiez l'identifiant** » ou « **Vérifiez le patient** ». Si vous avez reçu une lettre du Bureau de santé publique de Toronto, le numéro d'identification d'immunisation est un numéro à 10 chiffres qui se trouve dans le coin supérieur droit. Si votre enfant ne possède pas de numéro d'identification d'immunisation, composez le 416 338-7600 et choisissez l'option 2 (vaccination).

### Vérier à l'aide du n° de carte santé

N° de carte santé

Code de version

Voir l'exemple

Le numéro de contrôle du stock (NCS)

Vous trouverez ce code alphanumérique de neuf chiffres au verso de votre carte santé. [Voir l'exemple](#)

Ce n° de carte santé appartient à:

Prénom du patient

Nom de famille du patient

Sexe

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

### Pour voir les vaccins, confirmez l'identifiant du patient

N° d'identification d'immunisation de l'Ontario

En savoir plus sur ce qu'est le n° d'identification d'immunisation de l'Ontario, et où le trouver.

Retour haut de la page

OU

6. Pour consulter l'état de vaccination de votre enfant :
- Sélectionnez la personne à qui appartient le dossier d'immunisation :
    - o **Une personne à charge** = vous êtes le père ou la mère d'un enfant de moins de 15 ans
    - o **Moi** = vous êtes un élève de 16 ans ou plus
  - Saisissez le NIP et sélectionnez « **Vérifiez le patient** ». Si vous avez l'oublié, cliquez sur « **NIP oublié** ».

*Remarque: Si vous entrez le mauvais NIP plusieurs fois de suite, vous risquez de vous faire bloquer par Connexion immunisations. Veuillez composer le 416 338-7600 pour obtenir de l'aide.*

Cet identifiant de vaccination de l'Ontario appartient à:

Moi

Une personne à charge

NIP

NIP oublié

En savoir plus sur le numéro d'identification d'immunisation de l'Ontario et le NIP et où on les retrouve.

7. Après être entré dans le dossier de l'enfant, vous verrez la liste des vaccins obligatoires. Exemple :

- coqueluche
- diphtérie
- tétanos

8. Cliquez sur « **Envoyer les renseignements sur les vaccins** » pour commencer à saisir les vaccins manquants.

Vous manque-t-il des renseignements du dossier ci-dessus?

Envoyer les renseignements sur les vaccins

9. Sélectionnez « **Oui** » si vous avez reçu une lettre du Bureau de santé publique et « **Non** » dans le cas contraire.

10. Sélectionnez « **Oui** » si TOUS les vaccins que vous indiquez ont été administrés en Ontario. Sélectionnez « **Non** » si un ou plusieurs vaccins ont été reçus en dehors de la province ou « **Pas certain(e)** » si vous ne savez pas.

**Vaccins**

Avez-vous reçu une lettre du Santé publique de Toronto vous demandant les derniers renseignements sur vos vaccins?

Oui

Non

Tous les vaccins que vous allez inscrire ont-ils été administrés en Ontario?

Oui

Non

Pas certain(e)

11. Indiquez le format dans lequel vous allez entrer les vaccinations dans Connexion immunisations (par date ou encore par vaccin ou nom de marque).

12. Choisissez le format de la vaccination que vous saisissez : « **Groupés par date/carte jaune** » OU « **Groupés par vaccins** ».

Dans quel format de dossier d'immunisation allez-vous inscrire les vaccins?

Groupés par date/carte jaune

2012-03-26  
DCaT-VPI-Hib  
Pneu-C  
Rota-5

Groupés par vaccin

DCaT-VPI-Hib  
2012-03-26  
2012-05-21  
2012-07-17

Enregistrer et continuer vers Documents

Les étapes suivantes sont similaires, quelle que soit l'option choisie.

13. Cliquez sur « **Inscrivez la date et le vaccin administré** ». Une fenêtre contextuelle s'affichera à l'écran. Elle vous permettra de saisir les données sur la vaccination.

**Format? (Groupés par vaccin)**

Veillez inscrire les vaccins de 'TEST'

Ajouter une date et un vaccin

Enregistrer et continuer vers Documents

14. Indiquez la date à laquelle on a administré le vaccin. Après avoir saisi la date, entrez le « **Nom du vaccin/de la marque** ». Lorsque le nom apparaît dans la liste déroulante, cliquez dessus.

Inscrivez la date et le vaccin administré à 'TEST' à cette date.

Date (AAAA-MM-JJ)

2 mois

DCaT-VPI-Hib

Inscrivez la date et le vaccin administré à 'TEST' à cette date.

Date (AAAA-MM-JJ)

2008-09-24

Date estimée

Nom du vaccin/de la marque

tétanus, dip

Agents (vaccins)

dcaT Commun

tétanos, diphtérie, coqueluche

dT Commun

diphthérie

14-16 ans

dcaT

diphthérie, coqueluche acellulaire, tétanos

24-26 ans

dcaT

diphthérie, coqueluche acellulaire, tétanos

35 ans et plus

dT

Le Calendrier de vaccination systématique de l'Ontario commence à l'âge de deux mois. Reportez-vous au panneau latéral de l'écran, au dossier d'immunisation (de couleur jaune) ou au tableau fourni en saisissant les dates de vaccination et le nom de marque des vaccins.

- Confirmez les données sur le patient.
- Saisissez tous les champs de données à l'écran « **Renseignements supplémentaires** ». Cliquez sur « **Enregistrer et continuer vers Révision** ».

### Renseignements supplémentaires

Veillez inscrire toute information manquante ci-dessous. Sachez que les changements n'apparaîtront pas avant d'avoir été vérifiés par votre bureau de santé publique local.

Téléphone

<input type="text"/>	l'aire	<input type="text"/>
----------------------	--------	----------------------

Ce numéro servira à vous appeler en cas de question sur vos renseignements.

N° de carte santé (facultatif)

### Nous pouvons vous envoyer une confirmation par courriel.

Courriel (facultatif)

Confirmer l'adresse de courriel (facultatif)

Vous recevrez une confirmation par courriel dès que vos renseignements auront été vérifiés.  
Nous ne transmettons cette adresse de courriel à personne d'autre.

---

[Retour à Documents](#) [Enregistrer et continuer vers Révision](#)

- Vérifiez si toutes les informations sont exactes. Cliquez sur « **Envoyer les renseignements sur les vaccins** ». Vous recevrez un numéro de suivi à titre de référence.

[Envoyer les renseignements sur les vaccins](#)

Table for how to enter vaccinations into ICON

Age at Vaccination	Vaccines	Vaccine/Brand Name	Product Name
2 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Rotavirus	Rot-1	Rotarix
		Rot-5	RotaTeq
		Rota	N/A
4 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Rotavirus	Rot-1	Rotarix
		Rot-5	RotaTeq
		Rota	N/A
6 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or Infanrix-IPV/Hib
12 months	Pneumococcal Conjugate 13	Pneu-C-13	Pprevnar 13
	Pneumococcal Conjugate 15	Pneu-C-15	Vaxneuvance
	Meningococcal Conjugate	Men-C-C	Menjugate or NeisVac-C
	Measles, Mumps, Rubella	MMR	Priorix or MMR II
15 months	Varicella	Var	Varivax III or Varilrix
18 months	Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio, Haemophilus influenzae type b	DTaP-IPV-Hib	Pediacel or Pentacel or INFANRIX
4 to 6 years	Measles, Mumps, Rubella, Varicella	MMRV	Proquad or Priorix-Tetra
	Tetanus, Diphtheria, Pertussis, Polio	Tdap-IPV	Adacel-Polio or Boostrix-Polio
Grade 7 Note: Meningococcal vaccine is mandatory for school attendance	Hepatitis B	HB	Recombivax HB or Engerix-B or Twinrix (HAHB) or Prehevbrio
	Meningococcal Conjugate ACYW-135	Men-C-ACYW	Menactra or Nimenrix or MenQuadfi or Menveo
	Human Papillomavirus	HPV-9	Gardasil 9
14 to 16 years	Tetanus, diphtheria, pertussis	Tdap	Adacel or Boostrix