

Formulaire de consentement à la vaccination : vaccins contre le méningocoque ACYW-135, contre l'hépatite B et contre le virus du papillome humain

1 ^{RE} PARTIE PROFIL DE L'ÉLÈVE					
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		SEXE <input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> AUTRE	
DATE DE NAISSANCE <small>Jour mois année</small>	ÂGE	NOM DE L'ÉCOLE			ANNÉE SCOLAIRE
ADRESSE DOMICILIAIRE				VILLE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE DE JOUR		TÉLÉPHONE À DOMICILE		N° DE CARTE SANTÉ	

2 ^E PARTIE ANTÉCÉDENTS VACCINAUX		
<p>Il se peut que votre enfant ait déjà reçu le vaccin contre le méningocoque ACYW-135, l'hépatite B ou le virus du papillome humain. Si c'est le cas, vous devez le dire à l'infirmier pour qu'il connaisse ses antécédents. Remplissez les cases ci-dessous ou joignez une copie de la Fiche d'immunisation (de couleur jaune) de votre enfant. S'il n'a reçu aucun de ces vaccins, veuillez passer à la PARTIE 3.</p>		
Vaccin contre le méningocoque ACYW-135	<input type="checkbox"/> Menactra® <input type="checkbox"/> Menveo® <input type="checkbox"/> Nimenrix®	Date d'administration : Jour mois année Remarque : Votre enfant devrait recevoir une dose supplémentaire si sa dernière dose remonte à plus de 5 ans.
Vaccin contre l'hépatite B	<input type="checkbox"/> Engerix® <input type="checkbox"/> Recombivax®	Dose 1 : Jour mois année Dose 2 : Jour mois année Dose 3 : Jour mois année
Vaccin contre les hépatites A et B	<input type="checkbox"/> Twinrix®	Dose 1 : Jour mois année Dose 2 : Jour mois année
	<input type="checkbox"/> Twinrix® junior	Dose 1 : Jour mois année Dose 2 : Jour mois année Dose 3 : Jour mois année
Vaccin contre le virus du papillome humain	<input type="checkbox"/> Gardasil®4 <input type="checkbox"/> Gardasil®9 <input type="checkbox"/> Cervarix®	Dose 1 : Jour mois année Dose 2 : Jour mois année Dose 3 : Jour mois année

Formulaire de consentement à la vaccination : vaccins contre le méningocoque ACYW-135, contre l'hépatite B et contre le virus du papillome humain

3^E PARTIE CONSENTEMENT À LA VACCINATION

J'ai lu la fiche de renseignements ci-jointe. Je comprends les bienfaits des vaccins et aussi leurs éventuels risques et effets secondaires.

Veuillez répondre par OUI ou NON à l'administration des vaccins suivants :	OUI	NON
	J'autorise le Bureau de santé de la région de Peel à vacciner l'élève susmentionné. Je comprends qu'en donnant mon consentement, j'accepte qu'il reçoive toutes les doses recommandées pour compléter la série vaccinale et que je peux retirer mon consentement en tout temps.	Je refuse que le Bureau de santé de la région de Peel vaccine l'élève susmentionné et je comprends les risques qu'il court s'il ne se fait pas vacciner.
Vaccin contre le méningocoque ACYW-135 Obligatoire pour tous les élèves de 7 ^e année	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vaccin contre l'hépatite B	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vaccin contre le virus du papillome humain	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

- ✓ Si l'élève a moins de 14 ans, c'est son père, sa mère ou son subrogé qui signe à sa place.
- ✓ S'il a 14 ans ou plus, il peut signer lui-même.
- ✓ S'il a 16 ans ou plus, il doit signer lui-même s'il est légalement en mesure de le faire.

En apposant ma signature ci-dessous, je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire dûment rempli sont exacts et véridiques.

Relation avec l'élève vacciné

Moi-même (14 ans ou plus) Père ou mère Tuteur légal Trav. de la Société d'aide à l'enf.

Autre décideur, préciser : _____

Jour mois année

SIGNATURE

NOM EN CAR. D'IMPRIMERIE

DATE

Avis concernant la collecte de renseignements personnels

Recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, L.R.O. 1990, chap. H.7, ces renseignements seront conservés, utilisés, divulgués et éliminés conformément à toutes les lois et tous les règlements municipaux, fédéraux et provinciaux applicables régissant la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et l'élimination des renseignements personnels, notamment la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. M.56 et la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, L.O. 2004, chap. 3. Le Bureau de santé de la région de Peel ou un autre bureau de santé publique s'en servira pour gérer et évaluer le programme des maladies évitables par la vaccination dans l'école de votre enfant. Vous pouvez poser toute question sur cette collecte au médecin hygiéniste du Bureau de santé de la région de Peel en lui écrivant au C.P. 667, comptoir postal Streetsville, Mississauga (Ontario) L5M 2C2 ou en l'appelant au **905 799-7700**. Le Bureau de santé de la région de Peel versera les données sur la vaccination de votre enfant dans une base provinciale sûre appelée Panorama. Il peut les communiquer à un autre fournisseur de soins de santé si c'est ce dernier qui administre les vaccins ou qui tient le dossier de vaccination de votre enfant. Si vous refusez de divulguer ces renseignements, faites-le-nous savoir à l'adresse indiquée. Si vous avez des questions sur la confidentialité des données de vaccination de votre enfant, veuillez les poser au Bureau en nous appelant au 905 799-7700.

Formulaire de consentement à la vaccination : vaccins contre le méningocoque ACYW-135, contre l'hépatite B et contre le virus du papillome humain

QUESTIONS D'ÉVALUATION POSÉES LE JOUR DE LA VACCINATION

1. Te sens-tu bien aujourd'hui?

En général, les élèves qui se ne sentent pas bien mais qui sont assez en forme pour aller à l'école peuvent se faire vacciner. Par contre, toute personne fiévreuse ou atteinte d'un mal plus grave qu'un simple rhume devrait attendre de se sentir mieux.

2. As-tu des allergies?

Toute personne allergique à l'un des ingrédients du vaccin devrait plutôt se faire vacciner par son médecin.

Ingrédients du vaccin contre le méningocoque ACYW-135 : phosphate de sodium, chlorure de sodium et anatoxine diphtérique

Ingrédients du vaccin contre l'hépatite B : chlorure de sodium, aluminium, formaldéhyde, thimérosal, 2-phénoxyéthanol, borate de sodium et levure

Ingrédients du vaccin contre le virus du papillome humain : aluminium (adjuvant qui présente la forme de sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe), chlorure de sodium, L-histidine, polysorbate 80, levure et borate de sodium

3. As-tu déjà éprouvé des problèmes après t'être fait vacciner? As-tu reçu d'autres vaccins après avoir signé ce formulaire de consentement?

Tout élève ayant déjà eu des réactions aiguës à la vaccination ne devrait pas se faire immuniser à l'école. Si c'est ton cas, tu devrais plutôt te faire vacciner par ton médecin de famille. Si tu as reçu des doses de vaccin contre le méningocoque, l'hépatite B ou le virus du papillome humain, l'infirmier déterminera si tu as besoin de doses supplémentaires.

4. Une maladie dont tu souffres ou un médicament que tu prends affaiblit-il ton système immunitaire?

Toute personne ayant un système immunitaire affaibli peut se faire vacciner contre le méningocoque, l'hépatite B ou le virus du papillome humain.

Par contre, tu dois en aviser l'infirmier pour qu'il sache combien de doses te donner.

5. Est-il possible que tu sois enceinte?

Vaccin contre le méningocoque ACYW-135 : Tu dois discuter avec ton médecin des avantages et des risques associés à ce vaccin.

Vaccin contre l'hépatite B : Il est sans danger pendant la grossesse.

Vaccin contre le virus du papillome humain : Il n'est pas recommandé aux femmes enceintes.

Pour en savoir plus ou discuter des vaccins avec un infirmier, compose le 905 799-7700 (le 905 584-2216 si tu habites Caledon).

Vaccinations scolaires de routine

Le Bureau de la santé publique de Peel offre des vaccins scolaires de routine aux élèves admissibles de 7^e année et plus dans les cliniques scolaires et communautaires. Les vaccins proposés sont les vaccins **C-ACYW contre les maladies à méningocoque**, contre **l'hépatite B** et contre le **virus du papillome humain (VPH)**.

Ces vaccins sont tous gratuits pour les élèves. Certains vaccins sont financés par l'État pour une période limitée, et l'élève peut n'y être admissible que jusqu'à un certain âge. Les élèves peuvent se faire vacciner même s'ils n'ont pas de carte Santé de l'Ontario. Les formulaires de consentement signés sont valables pour toute la série de vaccinations. Le consentement peut être retiré à tout moment.



La **maladie à méningocoque** est une infection généralement causée par cinq groupes différents de bactéries qui infectent le sang ou le liquide entourant le cerveau et la moelle épinière. Il s'agit d'une maladie rare, mais dont les symptômes peuvent rapidement devenir mortels. Les complications de la maladie peuvent entraîner des lésions cérébrales, une perte auditive permanente, des convulsions, l'amputation d'un membre ou la mort.

Elle se propage par contact direct avec la salive ou le mucus d'une personne infectée, ce qui peut se produire en s'embrassant, en buvant dans le même verre ou en utilisant les mêmes ustensiles ou brosses à dents, etc.

Le vaccin Men-C-ACYW (Nimenrix ® Menactra ®, Menveo™) offre une protection contre quatre groupes de bactéries qui provoquent une infection. Le vaccin est sûr et efficace à 80-85 %.

Les élèves doivent avoir reçu un vaccin à dose unique pour pouvoir fréquenter l'école en Ontario, à moins de bénéficier d'une exemption valide. Le vaccin Men-C-ACYW est recommandé pour tous les adolescents, même s'ils ont été précédemment vaccinés en bas âge.



L'**hépatite B** est un virus très contagieux qui attaque le foie et peut causer une maladie du foie et un cancer du foie. Cette maladie ne se guérit pas. L'état de santé de la plupart des gens s'améliore, mais d'autres personnes restent infectées et portent le virus dans leur corps pendant le reste de leur vie.

Elle se propage par contact direct avec le sang ou les liquides biologiques d'une personne infectée, même si elle ne semble pas malade ou ne se sent pas malade. Elle peut se propager par le partage de rasoirs, d'aiguilles ou de brosses à dents, par des rapports sexuels non protégés et par du matériel de tatouage ou de soins esthétiques mal nettoyés.

Le vaccin contre l'hépatite B (Recombivax HB ® ou Engerix ® -B) est sûr et efficace à plus de 95 % lorsque toutes les doses sont administrées.

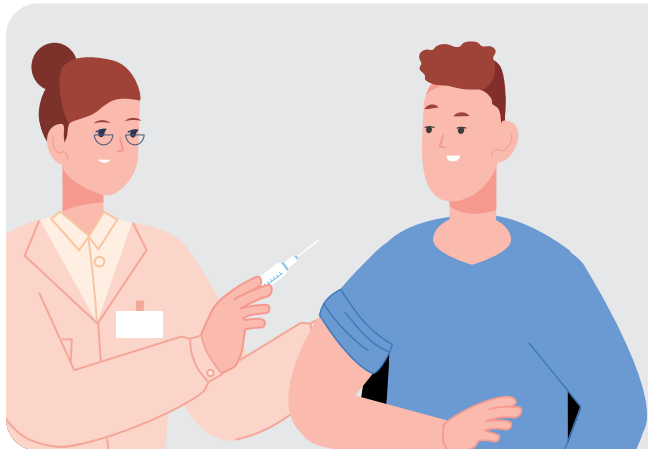
Les élèves âgés de 11 à 15 ans ont besoin de 2 doses, administrées à 6 mois d'intervalle. Les élèves dont le système immunitaire est affaibli ou âgés de 16 ans et plus auront besoin d'une troisième dose.

Le **virus du papillome humain** est un virus très fréquent qui peut provoquer des cancers de la bouche, de la tête et du cou, du col de l'utérus et des organes génitaux. De nombreuses personnes ne savent pas qu'elles sont infectées et ne manifestent jamais de symptômes, elles peuvent donc transmettre l'infection à d'autres personnes sans le savoir. On n'en guérit pas et, sans vaccination, on estime que 3 Canadiens sexuellement actifs sur 4 contracteront le VPH au cours de leur vie.

Elle se propage par contact peau à peau dans la région génitale ou pendant les rapports sexuels. La meilleure façon de prévenir l'infection par le VPH est de se faire vacciner avant d'avoir des rapports sexuels pour la première fois.

Le vaccin HPV-9 (Gardasil® -9) est sûr et efficace à plus de 95 % lorsque toutes les doses sont administrées. Il prévient l'infection par sept types de virus qui peuvent entraîner un cancer et deux types de virus qui provoquent des verrues génitales.

Les élèves de moins de 15 ans ont besoin de deux doses, administrées à 4-6 mois d'intervalle. Les élèves dont le système immunitaire est affaibli ou âgés de 15 ans et plus auront besoin d'une troisième dose.



A quoi puis-je m'attendre après avoir reçu le(s) vaccin(s)?

- La plupart des personnes n'ont aucun problème après avoir été vaccinées. Certaines peuvent avoir mal au bras ou présenter une rougeur, un gonflement ou des démangeaisons au niveau du site de l'aiguille.
- Occasionnellement, de la fatigue, des maux de tête, des étourdissements, des évanouissements, des nausées et une légère fièvre peuvent apparaître.



Quand appeler votre médecin :

- Les réactions allergiques et graves après les vaccinations sont très rares. Les effets secondaires peuvent survenir dans la semaine qui suit l'immunisation et peuvent inclure des difficultés respiratoires, une enflure du visage ou de la bouche, de l'urticaire, des crises d'épilepsie ou une fièvre supérieure à 40 °C.
- Appelez le 911 en cas d'urgence médicale.
- Signalez les réactions qui pourraient être liées au vaccin à votre médecin et au bureau de santé publique de Peel au 905 799-7700 (905 584-2216 à Caledon).

Pour en savoir plus, visitez peelregion.ca/immunize ou appelez le Bureau de la santé publique de Peel au **905-799-7700**.

