

Programme de vaccination en 4^e année du primaire

Informations pour les parents



Les vaccins gratuits offerts aux élèves en 4^e année du primaire



Votre enfant a déjà reçu des vaccins contre les hépatites A ou B?

Consultez le dépliant d'information du ministère de la Santé et des Services sociaux qui vous sera remis. Si des questions demeurent, contactez l'infirmière scolaire.



Les virus du papillome humain (VPH) en bref

- Les VPH se transmettent très facilement et ils sont extrêmement contagieux.
 - Environ 3 personnes sexuellement actives sur 4 contracteront au moins un VPH au minimum une fois dans leur vie, en l'absence de vaccination.

Propagation

- Transmis par contact avec la peau ou la muqueuse d'un homme ou d'une femme infecté, surtout lors d'activités sexuelles, avec ou sans pénétration.

Manifestation

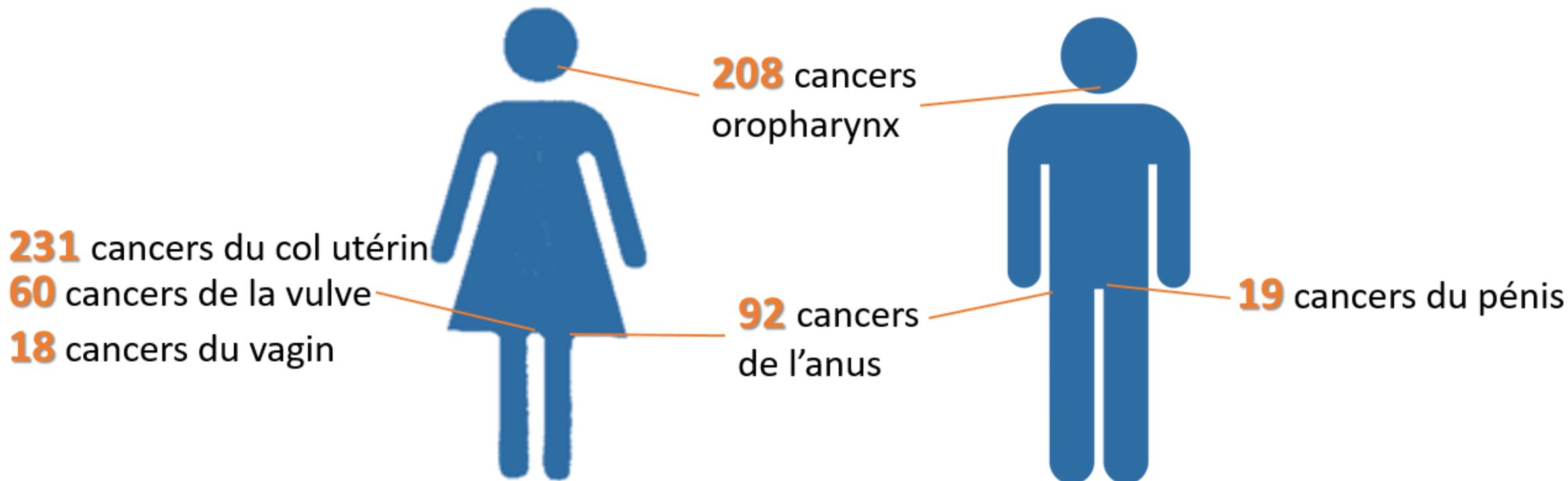
- La majorité n'ont pas de symptômes.
- Les principaux symptômes sont: les condylomes (verrues génitales), la douleur et les saignements.

Évolution

- 90% guériront spontanément après deux ans.
- 10% auront une infection persistante pouvant causer des lésions précancéreuses et évoluer en cancers invasifs, si non dépistées et traitées.

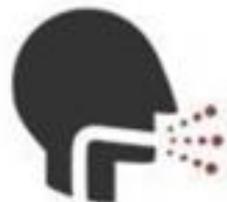


Nombre annuel moyen de cancers liés aux VPH qui peuvent être prévenus par la vaccination au Québec



L'hépatite A en bref

- 1 L'hépatite A est une infection virale du foie hautement contagieuse.



- 2 Transmise par la consommation d'eau ou d'aliments contaminés par le virus, ou le contact avec les selles d'une personne

- 3 **Évolutions possibles :** Fatigue persistante jusqu'à la guérison pouvant prendre plusieurs semaines ou mois.



QUELS SONT LES SYMPTÔMES?

Jaunisse Nausées Douleurs
Vomissements abdominales



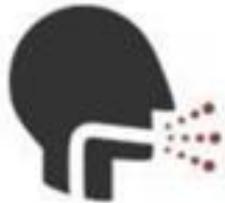
COMMENT ÇA SE PROPAGE?

Contact Nourriture Eaux
direct contaminée contaminées



L'hépatite B en bref

- 1 L'hépatite B est une maladie du foie grave et mortelle.



- 2 Elle se transmet par le sang (morsures, tatouage, piercing) et les relations sexuelles.

- 3 **Complications possibles:** Infection chronique du foie, cirrhose, cancer du foie et décès.



QUELS SONT LES SYMPTÔMES?

Jaunisse



Nausées
Vomissements



Douleurs
abdominales



COMMENT ÇA SE PROPAGE?

Transmission
sexuelle



Exposition à
du sang
contaminé



Mère-enfant
à la naissance



Efficacité des vaccins offerts

VPH

- Administré avant le début des relations sexuelles, l'efficacité est de plus de 95 %¹ chez les filles et les garçons contre les types de VPH inclus dans les vaccins.²

Hépatite A

- Le vaccin est efficace à près de 100 %³.

Hépatite B

- Le vaccin a une efficacité entre 95% et 100 %³.



Les effets secondaires possibles des vaccins

Fréquents

- Douleur, gonflement ou rougeur à l'endroit où la piqûre a été faite.

Occasionnels

- Fièvre, mal de tête, malaises, fatigue, problèmes digestifs, étourdissements, nausées ou vomissements.

Très rare

- Réaction allergique importante dans les minutes suivant l'injection.

Les effets secondaires disparaissent généralement entre **24 à 48 heures après** la vaccination.

Donner deux vaccins en même temps n'augmente pas les effets secondaires.



Sécurité des vaccins offerts

- La sécurité des vaccins est constamment surveillée.
- Les personnes vaccinées n'ont pas plus de risque de développer des maladies graves.¹
- De fausses informations circulent sur Internet. Assurez-vous de la fiabilité et de l'exactitude de vos sources.
- Vous pouvez consulter: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccin-infections-par-vph/>



Consentement à la vaccination en 4^e année du primaire

- **Que vous acceptiez ou non la vaccination, vous devez remplir et retourner ce formulaire de consentement à l'école.**



Santé et Services sociaux Québec

DT9415

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES A ET B ET CONTRE LES VPH EN 4^e ANNÉE DU PRIMAIRE

Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	Année Mois Jour Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie	Année Mois
Adresse (N°, rue)	
Ville	Code postal

• Remplissez toutes les sections du formulaire y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
• Signez le formulaire.
• Détachez le formulaire du dépliant et retournez-le sans délai à l'école, que vous acceptiez ou non la vaccination.

Nom de l'école		Groupes
Nom du parent 1	Nom du parent 2	Nom du tuteur (s'il y a lieu)
Votre statut : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur		Ind. rég. Numéro
Téléphone où l'on peut vous joindre		

Antécédents médicaux et vaccinaux de l'enfant

1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?
Si oui, indiquez la cause : Vaccin Autre, précisez : _____ Oui Non

2. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament (ex. : chimiothérapie)?
Si oui, votre enfant devra recevoir une dose de plus. Oui Non

Veillez fournir le carnet de vaccination de votre enfant lorsque l'infirmière en fera la demande, que vous acceptiez ou non la vaccination. Ces informations seront validées et consignées, incluant les doses qui seront administrées, par l'infirmière du CLSC.

Consentement (décision) du parent ou du tuteur

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de cet enfant. Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le dépliant qui est joint à ce formulaire. Pour toute explication supplémentaire sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.

Vous devez vous prononcer sur les points qui suivent, en cochant, pour chacun de ces points, la case indiquant votre consentement ou votre refus. Vous devez signer ensuite au bas de la section. Lorsque vous donnez votre consentement, celui-ci s'applique à toute la série vaccinale, qui comprend 1 dose de chacun des vaccins mentionnés ci-dessous.

1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les hépatites A et B.
[En milieu scolaire, une dose de Twinrix (vaccin combiné contre les hépatites A et B) ainsi qu'une dose de Recombivax HB (vaccin contre l'hépatite B) sont administrées].
 JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ces vaccins.
 JE REFUSE que mon enfant reçoive ces vaccins.
 NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les hépatites A et B ou a déjà fait l'hépatite A et l'hépatite B.

2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain).
[En milieu scolaire, une dose de Gardasil 9 (vaccin qui protège contre 9 types de VPH) et une dose de Cervarix (vaccin qui protège contre 2 types de VPH) sont administrées].
 JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ces vaccins.
 JE REFUSE que mon enfant reçoive ces vaccins.
 NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les VPH.

Signature du parent ou du tuteur	Date	Année	Mois	Jour
----------------------------------	------	-------	------	------



Pour plus d'informations

Vous recevrez par votre infirmière scolaire:

- Un dépliant sur la vaccination du ministère de la Santé et des Services sociaux

Sites web suggérés:

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (préparer son enfant à la vaccination): www.quebec.ca/sante/conseils-etprevention/vaccination/
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (Bulletin aux parents pour l'éducation à la sexualité de leurs jeunes): publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001151
- Gouvernement du Canada: immunisationcanada.ca
- Société canadienne de pédiatrie: soinsdenosenfants.cps.ca
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada: infovph.ca; masexualite.ca
- Naître et grandir: naitreetgrandir.com



Présentation réalisée par :

***Institut national
de santé publique***
Québec 

En collaboration avec :

**Santé
et Services sociaux**
Québec 