

Nom	Prénom	Date de naissance		
		Année	Mois	Jour
N° de carte Santé	École	Classe ou nom de l'enseignant		
Nom du parent ou du tuteur	Lien avec l'élève	Tél. – maison	Tél. - travail ou cellulaire	

Si l'élève a déjà reçu les vaccins suivants, encerclez leur nom commercial et indiquez leurs dates d'administration :	1 <sup>re</sup> dose (date d'administration)	2 <sup>e</sup> dose (date d'administration)	3 <sup>e</sup> dose (date d'administration)
<b>Vaccin contre l'hépatite B (ou vaccin conjugué contre l'hépatite A et B (série de 2, 3 ou 4 doses))</b> <input type="checkbox"/> Engerix® -B <input type="checkbox"/> Recombivax-HB® <input type="checkbox"/> INFANRIX-hexa® <input type="checkbox"/> Twinrix® JR <input type="checkbox"/> Twinrix®	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
<b>Vaccin contre les méningocoques (acheté à des fins particulières, p. ex. un voyage)</b> <input type="checkbox"/> Menactra® <input type="checkbox"/> Menveo™ <input type="checkbox"/> Nimerix®	aaaa/mm/jj		
<b>Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (série de 2 ou 3 doses)</b> <input type="checkbox"/> Gardasil® 4 <input type="checkbox"/> Gardasil® 9 <input type="checkbox"/> Cervarix®	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj

Donnez-nous des précisions sur la santé de l'élève.	Indiquez « Oui » ou « Non »	Si « oui », expliquez.
L'élève a-t-il une allergie à la levure, à l'alun, au sucrose, au latex, à l'anatoxine diphtérique, à l'anatoxine tétanique ou à autre chose?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
L'élève a-t-il déjà réagi à un vaccin ou a-t-il des antécédents d'évanouissement?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-il possible que l'élève soit enceinte?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
L'élève a-t-il un problème de santé grave?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Le système immunitaire de l'élève est-il affaibli ou l'élève prend-il un médicament qui augmente le risque d'infection?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

**Consentement à la vaccination :** J'ai lu (au verso du présent formulaire), ou on m'a expliqué, les renseignements sur le vaccin contre l'hépatite B, le vaccin contre les méningocoques et le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Je comprends les avantages, les effets secondaires et les risques associés à ces vaccins. Cochez OUI ou NON pour chacun des vaccins. À moins d'avis contraire par écrit, ce consentement est valable jusqu'à ce que toutes les doses aient été administrées.

**OUI**

J'AUTORISE LE BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE SIMCOE MUSKOKA À ADMINISTRER LES VACCINS SUIVANTS :

Cochez  ci-dessous chacun des vaccins que vous autorisez l'élève à recevoir :

Vaccin contre l'hépatite B (2 doses)    Vaccins contre les méningocoques (1 dose)    Vaccin contre le virus du papillome humain (2 doses)

**NON**

JE N'AUTORISE PAS LE BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE SIMCOE MUSKOKA À ADMINISTRER LES VACCINS SUIVANTS :

*\*Veuillez noter qu'aux termes de la Loi sur l'immunisation des élèves, le vaccin contre les méningocoques est obligatoire pour pouvoir fréquenter l'école. Si vous **NE VOULEZ PAS** que l'élève reçoive ce vaccin, communiquez avec le bureau de santé.*

Cochez  ci-dessous les vaccins que vous **N'AUTORISEZ PAS** l'élève à recevoir :

Vaccin contre l'hépatite B    Vaccin contre les méningocoques *\*requis aux termes de la Loi*    Vaccin contre le virus du papillome humain

**Signature du parent ou du tuteur légal et de l'élève**

La Loi sur le consentement aux soins de santé stipule que toute personne, quel que soit son âge, peut consentir à un traitement médical, pourvu qu'elle comprenne les avantages et les risques de subir le traitement ainsi que les avantages et les risques de ne pas subir le traitement. En Ontario, il n'y a pas d'âge minimum pour accorder un consentement éclairé. Dans le cadre de la séance de vaccination en milieu scolaire, une infirmière évaluera les élèves selon les principes de la *Loi sur le consentement aux soins de santé* pour s'assurer qu'elle peut obtenir un consentement éclairé. On encourage les parents et les tuteurs légaux à discuter avec leurs enfants, avant la séance, des avantages et des risques de la vaccination. Pour en savoir plus long sur la Loi sur le consentement aux soins de santé, allez au <https://www.ontario.ca/fr/lois>.

Signature du parent ou du tuteur légal	Date aaaa/mm/jj	<b>PUBLIC HEALTH USE ONLY</b>
Signature de l'élève	Date aaaa/mm/jj	
		Student Initial R1 _____ Date yyyy/mm/dd
		Student Initial R2 _____ Date yyyy/mm/dd

PUBLIC HEALTH USE ONLY – Telephone Parental Awareness				
Obtained from:	FOR:			Phone number called:
	Hep B	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Date: yyyy/mm/dd
Relationship to student:	HPV	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Nurse Signature:
	Men ACYW-135	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Time:

Pour en savoir plus, consultez notre site Web au [www.smdhu.org](http://www.smdhu.org)

### Vaccin contre l'hépatite B

#### Qu'est-ce que l'hépatite B?

L'hépatite B (HB) est une infection du foie causée par le virus de l'hépatite B. Le virus peut causer des dommages au foie, ou une inflammation ou le cancer du foie. Il n'y a malheureusement pas de traitement pour guérir l'hépatite B.

#### Comment l'hépatite B se transmet-elle?

- Le virus se transmet par le contact avec le sang ou les liquides organiques d'une personne infectée.
- Le virus peut survivre jusqu'à une semaine sur des objets comme les rasoirs ou les brosses à dents.
- De nombreuses personnes atteintes d'hépatite B ne savent pas qu'elles sont infectées par le virus et peuvent le transmettre à d'autres personnes.

#### Comment puis-je me protéger contre le virus de l'hépatite B?

- Faites-vous vacciner.
- Pratiquez l'abstinence.
- Si vous envisagez d'être sexuellement actif, il existe des façons de vous protéger contre l'hépatite B. Parlez à vos parents, à votre fournisseur de soins de santé ou visitez le [www.simcoemuskokahealth.org](http://www.simcoemuskokahealth.org) pour obtenir plus de renseignements.
- Assurez-vous que des outils stérilisés sont utilisés pour le tatouage ou le perçage corporel.
- Ne partagez pas les rasoirs, les brosses à dents ou d'autres articles de soins personnels.

#### Quels sont les avantages du vaccin contre l'hépatite B?

- Si toutes les doses sont reçues, la protection contre l'hépatite B est supérieure à 95 %. Cette protection dure au moins 15 ans chez la plupart des personnes.

### Vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW - Menactra®

#### Qu'est-ce que la méningite?

La méningite est une infection du liquide qui entoure le cerveau et la moelle épinière. Elle peut être causée par divers virus ou bactéries. *Neisseria meningitidis* est l'une des bactéries qui cause la méningite bactérienne. Le vaccin Menactra® protège contre quatre différents types de ces bactéries

#### Comment la méningite se transmet-elle?

- Elle se transmet par la proximité ou le contact direct avec une personne infectée (baisers, toux ou partage de nourriture, de boissons et d'instruments de musique, entre autres).
- Les gens peuvent porter la bactérie méningocoque dans leur gorge ou leur nez sans être malades.
- Les gens tombent malades lorsque la bactérie pénètre dans le sang et d'autres liquides organiques.
- Cela peut causer des lésions cérébrales, voire la mort, en seulement quelques heures.

#### Comment puis-je me protéger contre la bactérie méningocoque?

- Faites-vous vacciner.
- Ne partagez pas la nourriture, les boissons ou les ustensiles.

#### Quel est l'avantage de recevoir le vaccin Menactra®?

- Lorsque vous étiez bébé, vous avez probablement reçu un vaccin contre la méningococcie (p. ex. Menjugate®) qui protège contre **une seule** souche de bactérie.
- Le vaccin Menactra® administré en 7e année protège contre **quatre** souches de bactérie.
- Il protège de 80 % à 85 % des adolescents contre la maladie causée par ces quatre souches.

Ce vaccin est obligatoire aux termes de la Loi sur l'immunisation des élèves.

### Vaccin contre le virus du papillome humain – Gardasil®9

#### Qu'est-ce que le virus du papillome humain (VPH)?

Le VPH, ou virus du papillome humain, peut causer divers types de cancers (bouche et gorge, col de l'utérus, anus, parties génitales) ainsi que des verrues génitales.

#### Comment puis-je me protéger contre le VPH?

- Faites-vous vacciner.
- Pratiquez l'abstinence.
- Si vous envisagez d'être sexuellement actif, il existe des façons de vous protéger contre le VPH. Parlez à vos parents, à votre fournisseur de soins de santé ou visitez le [www.simcoemuskokahealth.org](http://www.simcoemuskokahealth.org) pour obtenir plus de renseignements.
- Continuez de subir des examens de dépistage du cancer conformément aux recommandations de votre fournisseur de soins de santé.

#### Quels sont les avantages du vaccin contre le VPH (Gardasil® 9)?

- Les recherches ont révélé que le vaccin **Gardasil® 9** peut prévenir la plupart des cas de cancer du col de l'utérus si toutes les doses sont administrées avant qu'une personne devienne sexuellement active.
- Il est aussi efficace pour prévenir certains autres cancers comme le cancer du pénis chez les hommes et le cancer de l'anus et de la gorge chez les femmes et les hommes.
- Le vaccin contre le VPH prévient aussi les verrues génitales.

Réactions courantes après la vaccination	Réactions moins courantes après la vaccination	Réactions très rares après la vaccination
Rougeurs, douleur ou enflure au point d'injection	Fatigue, maux de tête ou légère fièvre	Réaction allergique grave (difficulté à respirer, enflure du visage ou de la bouche, urticaire)* <i>*Le personnel infirmier a la formation nécessaire pour traiter les réactions allergiques graves.</i>