

Le avril 2022

À l'attention des élèves de 8^e année et de leurs parents ou tuteurs

L'équipe du bureau de santé est heureuse d'offrir des séances de vaccination en milieu scolaire aux élèves de 8^e année afin d'administrer les vaccins systématiques suivants :

- le vaccin contre l'hépatite B;
- le vaccin conjugué contre la méningite à méningocoque ACYW (Menactra);
- le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH).

Ces trois vaccins seront les seuls à être offerts lors des séances de vaccination en milieu scolaire. Normalement, ils sont offerts aux élèves de 7^e année, mais la pandémie de COVID-19 a entraîné des retards quant à l'administration de ces vaccins systématiques. Les élèves de 8^e année auront donc maintenant la possibilité de se faire vacciner. Comme la vaccination contribue de façon importante à l'état de santé globale de votre enfant, nous vous encourageons à lire les renseignements ci-joints.

Les parents ont un rôle important à jouer lorsque leurs enfants ont à prendre des décisions au sujet de leur santé. En 7^e année, la plupart des élèves sont en mesure de prendre des décisions concernant leur santé et de donner leur consentement à la vaccination. Aux termes de la *Loi sur le consentement aux soins de santé*¹, il nous faut la permission de l'élève pour lui administrer un vaccin. Si une infirmière détermine qu'un élève n'est pas en mesure de comprendre les renseignements présentés, elle communiquera avec le parent ou le tuteur de l'élève.

Il faut rapporter le formulaire de consentement dûment rempli et signé par le parent et l'élève, dans lequel on a coché OUI ou NON pour chacun des trois vaccins mentionnés ci-dessus.

Seuls les élèves qui rapportent le formulaire de consentement dûment rempli (dans lequel on a coché **OUI**) recevront leurs vaccins à l'école.

Élèves :

- ✓ Cochez OUI ou NON pour chaque vaccin offert et signez le formulaire.
- ✓ Rapportez-le à l'école avant la séance de vaccination, même si vous choisissez de ne pas recevoir les vaccins.

Parents :

- ✓ Signez le formulaire de consentement pour indiquer que vous êtes au courant de la décision prise par votre enfant.

Pour obtenir des conseils sur la façon d'aider votre enfant à se sentir à l'aise avant et durant la vaccination ou à surmonter la peur des aiguilles, visitez la page Web du SickKids à <https://www.aboutkidshealth.ca/fr/card>.

À noter : Le vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW est obligatoire pour les élèves de la 7^e année aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves*. Afin de répondre aux exigences de la *Loi*, l'élève doit se faire vacciner ou avoir en dossier au bureau de santé une Déclaration d'exemption médicale ou un affidavit.

Pour en savoir plus, visitez le www.simcoemuskokahealth.org .

Sincères salutations,

Colin Q-T Lee, MD, M.Sc., CCMF(MU), FRCPC, Médecin-hygiéniste adjoint

□ Barrie: 15 Sperling Drive Barrie, ON L4M 6K9 705-721-7520 FAX: 705-721-1495	□ Collingwood: 280 Pretty River Pkwy. Collingwood, ON L9Y 4J5 705-445-0804 FAX: 705-445-6498	□ Cookstown: 2-25 King Street S. Cookstown, ON L0L 1L0 705-458-1103 FAX: 705-458-0105	□ Gravenhurst: 2-5 Pineridge Gate Gravenhurst, ON P1P 1Z3 705-684-9090 FAX: 705-684-9887	□ Huntsville: 34 Chaffey St. Huntsville, ON P1H 1K1 705-789-8813 FAX: 705-789-7245	□ Midland: A-925 Hugel Ave. Midland, ON L4R 1X8 705-526-9324 FAX: 705-526-1513	□ Orillia: 120-169 Front St. S. Orillia, ON L3V 4S8 705-325-9565 FAX: 705-325-2091
---	--	---	--	--	--	--

April 2022

Dear Grade 8 Students, Parents and Guardians:

The health unit is pleased to be offering school vaccination clinics for Grade 8 students for the following routine immunizations:

- Hepatitis B
- Meningococcal Conjugate ACYW (meningitis) Menactra
- HPV-9 (Human Papillomavirus)

These three vaccines will be the only immunizations offered at the school clinics.

Under normal circumstance these vaccinations are offered when students are in Grade 7, but the COVID-19 pandemic has caused delays in offering these routine vaccinations. Students in Grade 8 will now have the opportunity to be vaccinated. Immunizations are an important part of your child's overall health care and we encourage you to read the attached information.

As a parent, you play an important role in helping your child make decisions about their health. By Grade 7 most students can make decisions about their health and can consent to getting vaccines. Under the Health Care Consent Act, we need the student's consent to give them a vaccine. If a nurse determines a student is not able to understand the information, they will contact the parent or guardian.

Please return a completed consent form to the school with both the student and parent signatures, indicating a YES or NO to receiving the three mentioned above immunizations.

Only those students who return a completed consent form indicating **YES** will be immunized at the school clinic.

Students:

- ✓ Please check YES or NO for each vaccine that is being offered and sign your name.
- ✓ Bring your completed consent form back to school before the school clinic, even if you choose not to get the vaccine(s).

Parents:

- ✓ Please sign the consent form showing that you are aware of your child's decision.

For tips to help your child feel more comfortable before and during vaccination and needle procedures please visit SickKids webpage at www.aboutkidshealth.ca/card.

Please note: Meningococcal Conjugate ACYW vaccine is required for Grade 7 students under the Immunization School Pupils Act (ISPA). Students are required to receive the vaccination or have a medical exemption, or an affidavit on file, to meet the requirements of the ISPA.

For more information, visit www.simcoemuskokahealth.org

Sincerely,

Colin Q-T Lee, MD, MSc, CCFP (EM), FRCPC
Associate Medical Officer of Health

Barrie:
15 Sperling Drive
Barrie, ON
L4M 6K9
705-721-7520
FAX: 705-721-1495

Collingwood:
280 Pretty River Pkwy.
Collingwood, ON
L9Y 4J5
705-445-0804
FAX: 705-445-6498

Cookstown:
2-25 King Street S.
Cookstown, ON
L0L 1L0
705-458-1103
FAX: 705-458-0105

Gravenhurst:
2-5 Pineridge Gate
Gravenhurst, ON
P1P 1Z3
705-684-9090
FAX: 705-684-9887

Huntsville:
34 Chaffey St.
Huntsville, ON
P1H 1K1
705-789-8813
FAX: 705-789-7245

Midland:
A-925 Hugel Ave.
Midland, ON
L4R 1X8
705-526-9324
FAX: 705-526-1513

Orillia:
120-169 Front St. S.
Orillia, ON
L3V 4S8
705-325-9565
FAX: 705-325-2091

Nom de Famille		Prénom		Date de naissance		
				Année	Mois	Jour
N° de carte Santé	École	Année d'études	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 ^{re} dose (date d'administration)	2 ^e dose (date d'administration)	3 ^e dose (date d'administration)		
Vaccin contre l'hépatite B (ou vaccin conjugué contre l'hépatite A et B (série de 2, 3 ou 4 doses) <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		
Vaccin contre les méningocoques (acheté à des fins particulières, p. ex. un voyage) <input type="checkbox"/> Menactra® <input type="checkbox"/> Menveo™ <input type="checkbox"/> Nimenrix®		aaaa/mm/jj				
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (série de 2 ou 3 doses) <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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
L'élève a-t-il déjà réagi à un vaccin ou a-t-il des antécédents d'évanouissement?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Est-il possible que l'élève soit enceinte?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
L'élève a-t-il un problème de santé grave?		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
<p>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 <u>chacun</u> des vaccins. À moins d'avis contraire par écrit, ce consentement est valable jusqu'à ce que toutes les doses aient été administrées.</p> <p>OUI J'AUTORISE LE BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE SIMCOE MUSKOKA À ADMINISTRER LES VACCINS SUIVANTS : Cochez <input checked="" type="checkbox"/> ci-dessous chacun des vaccins que vous autorisez l'élève à recevoir :</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin contre l'hépatite B (2 doses) <input type="checkbox"/> Vaccins contre les méningocoques (1 dose) <input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain (2 doses)</p> <p>NON JE N'AUTORISE PAS LE BUREAU DE SANTÉ DU DISTRICT DE SIMCOE MUSKOKA À ADMINISTRER LES VACCINS SUIVANTS : Cochez <input checked="" type="checkbox"/> ci-dessous les vaccins que vous N'AUTORISEZ PAS l'élève à recevoir :</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin contre l'hépatite B <input type="checkbox"/> Vaccin contre les méningocoques *requis aux termes de la Loi <input type="checkbox"/> Vaccin contre le virus du papillome humain</p> <p>*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.</p>						
<p>Signature du parent ou du tuteur légal et de l'élève</p> <p>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 <i>Loi sur le consentement aux soins de santé</i> 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.</p>						
Signature du parent ou du tuteur légal		Date	PUBLIC HEALTH USE ONLY			
		aaaa/mm/jj	Student Initial R1 _____ Date yyyy/mm/dd			
Signature de l'élève		Date	Student Initial R2 _____ Date yyyy/mm/dd			
		aaaa/mm/jj				
PUBLIC HEALTH USE ONLY – Telephone Parental Awareness						
Obtained from:	FOR:			Phone number called:	Date:	
	Hep B	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO		yyyy/mm/dd	
Relationship to student:	HPV	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Nurse Signature:	Time:	
	Men ACYW-135	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO			

Last Name	First Name	Date of Birth																				
		Year	Month	Day																		
Ontario Health Card #	School	Grade	Class or Teacher's Name																			
Name of Parent / Guardian	Relationship to Student	Home Phone	Work or Cell Phone																			
If student has already received the following vaccine(s), please select the trade name below and provide date(s) the vaccine was given.		Dose 1 (date vaccine given)	Dose 2 (date vaccine given)	Dose 3 (date vaccine given)																		
Hepatitis B (or Combination Hepatitis A) Vaccine (2, 3 or 4 dose series) <input type="checkbox"/> Engerix® -B <input type="checkbox"/> Recombivax-HB® <input type="checkbox"/> INFANRIX-hexa® <input type="checkbox"/> Twinrix® JR <input type="checkbox"/> Twinrix®		yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd																		
Meningococcal – ACYW vaccine (special purchase e.g. for travel) <input type="checkbox"/> Menactra® <input type="checkbox"/> Menveo™ <input type="checkbox"/> Nimenrix®		yyyy/mm/dd																				
Human Papillomavirus (HPV) Vaccine (2 or 3 dose series) <input type="checkbox"/> Gardasil® 4 <input type="checkbox"/> Gardasil® 9 <input type="checkbox"/> Cervarix®		yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd	yyyy/mm/dd																		
Tell us about the student's health	Please indicate Yes or No		If "yes", please explain																			
Is the student allergic to yeast, aluminum, latex, diphtheria or tetanus toxoid protein? Any other allergies?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																					
Has the student ever had a reaction to a vaccine or have a history of fainting?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																					
Is there a chance the student may be pregnant?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																					
Does the student have a serious medical condition?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																					
Does the student have a weak immune system, or is the student on a medication that weakens the immune system or increases the risk of infection?	<input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																					
<p>Consent for vaccination: I have read (see back of this form) or had explained to me the information about Hepatitis B, Meningococcal and Human Papillomavirus (HPV) vaccines. I understand the benefits, side effects and risks. Please check YES or NO for <u>each</u> vaccine. Unless cancelled in writing, this consent is valid until the series is completed.</p> <p>YES I DO CONSENT FOR THE SIMCOE MUSKOKA DISTRICT HEALTH UNIT TO ADMINISTER THE FOLLOWING VACCINES: <i>Indicate below <input checked="" type="checkbox"/> each vaccine(s) you want the student to receive:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B vaccine (2 doses) <input type="checkbox"/> Meningococcal vaccine (1 dose) <input type="checkbox"/> Human Papillomavirus vaccine (2 doses)</p> <p>NO I DO NOT CONSENT FOR THE SIMCOE MUSKOKA DISTRICT HEALTH UNIT TO ADMINISTER THE FOLLOWING VACCINES: <i>Indicate below <input checked="" type="checkbox"/> any vaccine(s) you do NOT WANT the student to receive:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B vaccine <input type="checkbox"/> Meningococcal vaccine *required under ISPA <input type="checkbox"/> Human Papillomavirus vaccine</p> <p>*Please note that the Meningococcal vaccine is required for school attendance under the Immunization of School Pupils Act (ISPA). Please contact Public Health if you do NOT want this vaccine administered.</p>																						
<p>Parent/Legal Guardian and Student Signatures</p> <p>The Health Care Consent Act states that all persons, regardless of age, may consent to medical treatment, provided they understand the benefits and risks of the treatment as well as the benefits and risks of not having the treatment. There is no minimum age in Ontario for informed consent. Students will be assessed by a nurse at the school clinic, based on the principles of the Health Care Consent Act, to ensure that informed consent can be obtained. Parents/Legal guardians are encouraged to talk with their children about the benefits/risks of immunization prior to the clinic. You can find more about the Health Care Consent Act at http://www.e-laws.gov.on.ca/</p>																						
_____ Date yyyy/mm/dd Parent/Legal Guardian Signature		PUBLIC HEALTH USE ONLY Student Initial R1 _____ Date yyyy/mm/dd Student Initial R2 _____ Date yyyy/mm/dd																				
_____ Date yyyy/mm/dd Student Signature																						
<p>PUBLIC HEALTH USE ONLY – Telephone Parental Awareness</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">Obtained from:</td> <td colspan="3">FOR:</td> <td rowspan="2">Phone number called:</td> <td rowspan="2">Date: yyyy/mm/dd</td> </tr> <tr> <td>Hep B</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Relationship to student:</td> <td>HPV</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> <td rowspan="2">Nurse Signature:</td> <td rowspan="2">Time:</td> </tr> <tr> <td>Men ACYW-135</td> <td><input type="checkbox"/> YES</td> <td><input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </table>					Obtained from:	FOR:			Phone number called:	Date: yyyy/mm/dd	Hep B	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Relationship to student:	HPV	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Nurse Signature:	Time:	Men ACYW-135	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
Obtained from:	FOR:			Phone number called:		Date: yyyy/mm/dd																
	Hep B	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																			
Relationship to student:	HPV	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	Nurse Signature:	Time:																	
	Men ACYW-135	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO																			

Pour en savoir plus, ou pour consulter des fiches d'informations sur chaque vaccin, consultez notre site Web au 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 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® 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 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>

For more information or detailed fact sheet on each vaccine please visit our website www.smdhu.org

Hepatitis B Vaccine

What is Hepatitis B?

Hepatitis B (HB) is a virus that affects your liver. It can cause damage, swelling or cancer of the liver. Unfortunately, there is no cure for Hepatitis B.

How can I get Hepatitis B?

- Through contact with an infected person's blood and/or body fluids.
- The virus can stay alive on things like razors or toothbrushes for up to one week.
- Many people with Hepatitis B don't know they have the virus and may go on to infect others.

How can I protect myself from the Hepatitis B virus?

- Get the vaccine.
- Practice abstinence.
- If you are considering being sexually active, there are ways to protect yourself against Hepatitis B. Talk to your parents, health care provider or go to www.simcoemuskokahealth.org for more information.
- Make sure sterile tools are used for tattooing or body piercing.
- Do not share razors, toothbrushes or other personal care items.

What is the benefit of getting the Hepatitis B vaccine?

- If all doses are received, the vaccine protects more than 95% against Hepatitis B. The protection lasts at least 15 years or more for most people.

Meningococcal Conjugate ACYW Vaccine - Menactra®

What is meningitis?

Meningitis is an infection of the fluid around a person's spinal cord and brain. It can be caused by different viruses or bacteria. Neisseria meningitidis is one of these bacteria. Menactra® vaccine protects against 4 different types of this bacteria.

How can I get meningitis?

- Through close, direct contact (kissing, coughing or sharing things like food, drinks and musical instruments).
- People can carry the bacteria in their nose and throat without feeling sick. People become sick when the bacteria gets into their blood and body fluids.
- This can lead to brain damage and sometimes death within just a few hours.

How can I protect myself from meningococcal bacteria?

- Get the vaccine.
- Do not share food, drinks or utensils.

What is the benefit of getting the Menactra® vaccine?

- You have likely already received a meningococcal vaccine (e.g. Menjugate®) for infants that protects against **one** type of the bacteria.
- The Menactra® vaccine protects against **four** types of the bacteria.
- This vaccine protects 80% to 85% of teens against disease caused by these four types.

This vaccine is required under the Immunization School Pupil's Act.

Human Papillomavirus Vaccine - Gardasil®9

What is human papillomavirus (HPV)?

HPV is short for human papillomavirus. HPV can cause different kinds of cancer (mouth and throat, cervical, anal, and genital) and genital warts.

How can I protect myself from HPV?

- Get the vaccine.
- Practice abstinence.
- If you are considering being sexually active, there are ways to protect yourself against HPV. Talk to your parents, health care provider or go to www.simcoemuskokahealth.org for more information.
- Continue to have cancer screening as recommended by your health care provider.

What is the benefit of getting the HPV vaccine (Gardasil®9)?

- Research has shown that Gardasil®9 can prevent most cases of cervical cancer if all doses are given before a person becomes sexually active.
- It is also effective in preventing some other cancers, such as penile cancers in males, and anal and throat cancer in females and males.
- HPV vaccine also prevents genital warts.

Most Common Reactions After Vaccination	Less Common Reactions After Vaccination	Very Rare Reactions After Vaccination
Redness, pain and/or swelling where the needle was given	Tiredness, headache and/or slight fever	Severe allergic reaction (Trouble breathing, swelling of the face or mouth, hives)* <i>*Clinic Nurses are trained to treat severe allergic reactions.</i>