

## Étape 1. Renseignements sur l'élève

Nom de l'élève			Prénom de l'élève			N° de carte Santé		
Date de naissance		École		Année d'études		Nom de l'enseignant		
Année	Mois	Jour						
Nom du parent ou du tuteur			Numéro de tél. du parent ou du tuteur (le jour)			Autre numéro de tél. du parent ou du tuteur		

## Étape 2. Antécédents de santé de l'élève

**Si « oui », expliquez.**

L'élève a-t-il une allergie à la levure, à l'alun, 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		
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		
L'élève a-t-il un problème de santé grave (p. ex. il est immunodéprimé ou en chimiothérapie)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Est-ce que l'élève a déjà reçu n'importe lequel des vaccins ci-dessous?</b>	<b>1<sup>re</sup> dose</b> (date d'administration)	<b>2<sup>e</sup> dose</b> (date d'administration)	<b>3<sup>e</sup> dose</b> (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 ACYW (acheté à des fins particulières, p. ex. un voyage) (Remarque : Le vaccin contre les méningocoques C-ACYW-135 est différent du vaccin contre le méningocoque de type C habituellement administré aux bébés. Il protège contre un plus grand nombre de types de méningocoques.) <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

**Important :** Conformément aux exigences provinciales concernant le port du masque dans les milieux de soins de santé, les élèves et les membres du personnel devront porter un masque lorsqu'ils se présenteront à la séance de vaccination en milieu scolaire. Les élèves pourront porter leur propre masque ou celui qui leur sera fourni par le Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka.

## Étape 3. Consentement à la vaccination

Ce consentement s'applique à toutes les séances de vaccination tenues par le Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka. Il est valide pour la période nécessaire à l'administration de toutes les doses des vaccins concernés, sauf si je l'annule par écrit. J'ai lu les renseignements sur les vaccins (verso du présent formulaire) ou je me suis fait expliquer les vaccins contre l'hépatite B, les méningocoques et le virus du papillome humain (VPH). Je comprends les avantages, les effets secondaires et les risques associés à ces vaccins.

Vaccin contre les méningocoques ACYW-135 (obligatoire pour fréquenter l'école)			
<input type="checkbox"/> Oui	J'autorise le Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka à administrer <b>une dose</b> du vaccin contre les méningocoques ACYW-135.	<input type="checkbox"/> Non	NE PAS administrer le vaccin contre les méningocoques ACYW-135.
Vaccin contre l'hépatite B			
<input type="checkbox"/> Oui	J'autorise le Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka à administrer <b>deux doses</b> du vaccin contre l'hépatite B.	<input type="checkbox"/> Non	NE PAS administrer le vaccin contre l'hépatite B.
Vaccin contre le virus du papillome humain			
<input type="checkbox"/> Oui	J'autorise le Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka à administrer <b>deux doses</b> du vaccin contre le VPH (VPH9).	<input type="checkbox"/> Non	NE PAS administrer le vaccin contre le VPH (VPH9).

## Étape 4. Signature du parent ou du tuteur légal/de l'élève

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>

Ces renseignements sont recueillis aux termes de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7 et seront conservés, utilisés, divulgués et éliminés conformément à la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, chap. M. 56, à la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, L.O. 2004, chap. 3 ainsi qu'à toutes les mesures législatives et à tous les règlements fédéraux et gouvernementaux applicables qui régissent la collecte, la conservation, l'utilisation, la divulgation et l'élimination des renseignements. Ces renseignements pourraient être communiqués à d'autres fournisseurs de soins de santé.

Signature du parent ou du tuteur légal \_\_\_\_\_ Date : aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_ Signature de l'élève \_\_\_\_\_ Date : aaaa/mm/jj \_\_\_\_\_

À remplir par l'élève à l'école le jour de la séance de vaccination (Séance 1) : <b>Initiales de l'élève</b> _____ <b>Date</b> _____ aaaa/mm/jj	À remplir par l'élève à l'école le jour de la séance de vaccination (Séance 2) : <b>Initiales de l'élève S2</b> _____ <b>Date</b> _____ aaaa/mm/jj
--	---

PUBLIC HEALTH USE ONLY – Telephone Parental Awareness

Obtained from:	Phone number called:	Hep B	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Relationship to student:	Date called:	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](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.simcoemuskokahahealth.org](http://www.simcoemuskokahahealth.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.

Ce vaccin n'est gratuit et financé que jusqu'à la fin de la 8e année

## Vaccin conjugué contre les méningocoques ACYW

### 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?

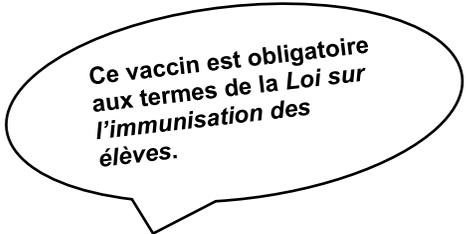
- Elle se transmet par la proximité ou le contact direct avec une personne infectée (baisers, toux ou partage de nourriture, de boissons et d'instruments de musique, entre autres).
- Les gens peuvent porter la bactérie méningocoque dans leur gorge ou leur nez sans être malades.
- Les gens tombent malades 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 contre les méningocoques?

- 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 contre les méningocoques 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

### 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.simcoemuskokahahealth.org](http://www.simcoemuskokahahealth.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?

- Les recherches ont révélé que le vaccin contre le VPH 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)*
		*Le personnel infirmier a la formation nécessaire pour traiter les réactions allergiques graves.