

La vaccination,
la meilleure protection

Vaccins gratuits contre les virus du papillome humain (VPH) et l'hépatite A pour les jeunes en 4^e année du primaire

Formulaire
à remplir
à l'intérieur



Messages importants

Ce dépliant contient des informations clés sur la vaccination contre les VPH et l'hépatite A offerte à tous les jeunes en 4^e année du primaire. Si vous désirez plus d'informations, des sites internet sont présentés à la dernière page de ce dépliant. Vous pouvez aussi vous adresser à l'infirmière scolaire, à Info-Santé 811 ou à un professionnel de la santé.

Que vous choisissiez de faire vacciner votre enfant ou non, vous devez :

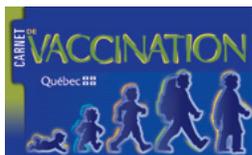
- Remplir le formulaire de consentement (à la fin du dépliant);
- Retourner rapidement le formulaire rempli à l'école.

Comment se déroulera la vaccination à l'école ?

Les deux vaccins seront donnés à l'école en même temps par l'infirmière scolaire.

Le jour de la vaccination, votre enfant devra :

- porter un chandail à manches courtes;
- apporter le carnet de vaccination si celui-ci n'a pas déjà été transmis à l'école.



Pourquoi deux vaccins en même temps ?

Cette pratique est sécuritaire et ne cause pas plus d'effets indésirables après la vaccination. Les réactions possibles aux vaccins seront ressenties une seule fois.

Cette pratique est utilisée depuis plusieurs décennies au Québec et dans le monde entier.

Que faire si mon enfant est absent de l'école le jour de la vaccination ?

Si votre enfant est malade ou absent de l'école le jour de la vaccination, l'infirmière scolaire vous informera de la marche à suivre pour obtenir le vaccin.



Saviez-vous que...

- Les personnes peuvent être infectées par plus d'un VPH à la fois et l'être plus d'une fois par le même VPH.
- En l'absence d'une vaccination, environ 3 personnes sur 4 auront une infection aux VPH au moins une fois dans leur vie.
- Une personne qui n'a pas de symptômes peut transmettre le virus de l'hépatite A ou les VPH.
- Le vaccin contre l'hépatite A et le vaccin contre les VPH ne peuvent pas donner l'infection. Aucun lien n'a été fait entre la vaccination et des maladies graves selon les travaux menés par de nombreux chercheurs depuis le début de la vaccination.

Quelles sont les maladies pour lesquelles mon enfant sera protégé par la vaccination ?

	Hépatite A	VPH
Infection/maladie et principaux symptômes	Le virus de l'hépatite A s'attaque au foie. Symptômes : – Fatigue ; – Perte d'appétit, nausées ou vomissements ; – Douleurs au ventre ; – Fièvre ; – Diarrhée ; – Peau et blanc des yeux jaunes (jaunisse) ; – Selles pâles et urine foncée. Certaines personnes n'ont pas de symptômes.	Les VPH sont parmi les virus les plus répandus (plus de 100 types différents). Les VPH peuvent infecter plusieurs parties du corps et causent des cancers et des verrues génitales. Très souvent, il n'y a aucun symptôme. En présence de symptômes : – Verrues (petites bosses) génitales ou anales ; – Lésions précancéreuses aux organes génitaux, au col de l'utérus ou de la gorge (ex. : saignements, douleurs).
Complications possibles	– Atteinte grave du foie – Fatigue persistante (pendant plusieurs semaines) – Décès (de 0,1 à 0,3 % des cas)	– Cancer du col de l'utérus – Cancers du vagin, de la vulve, du pénis ou de l'anus – Cancers de la gorge – Décès (le cancer du col de l'utérus cause environ 70 décès par année au Québec)
Transmission	– Par la consommation d'eau ou d'aliments – Par l'utilisation d'objets contaminés par les selles d'une personne infectée	– Par le contact intime avec la peau ou la muqueuse d'une personne infectée (principalement lors des activités sexuelles)

Pourquoi la vaccination ?

La vaccination est le meilleur moyen de protection contre l'hépatite A et les VPH et leurs complications. Ces vaccins sont offerts en 4^e année pour les raisons suivantes :

- C'est à cet âge que le système immunitaire répond le mieux à ces vaccins.
- Il est préférable d'administrer une dose de ces vaccins aux jeunes avant qu'ils soient exposés à ces infections.
- La vaccination à l'école permet de vacciner plusieurs jeunes en peu de temps. Cela évite également des déplacements aux parents.

	Vaccin contre l'hépatite A	Vaccin contre les VPH
Efficacité	Très efficace (plus de 95 %). L'hépatite A a presque disparu chez les jeunes qui ont été vaccinés au Québec.	Près de 100 % d'efficacité contre les types inclus dans le vaccin, surtout si la vaccination a été débuté avant le début des activités sexuelles.
Est-ce que le vaccin est sécuritaire ?	Oui. Il est utilisé depuis plus de 25 ans.	Oui. Il est utilisé depuis plus de 15 ans et avec plus de 500 millions de doses à travers le monde.
Protection	Durée d'au moins 25-35 ans. Les études se poursuivent, mais rien n'indique qu'une dose de rappel est nécessaire plus tard dans la vie.	Durée d'au moins 14 ans.
Combien de doses mon enfant recevra-t-il ?	Une seule dose est nécessaire pour obtenir une bonne protection contre les deux infections lorsque la vaccination est administrée à cet âge. Un enfant qui a un système immunitaire affaibli ou vivant avec le VIH aura besoin de doses additionnelles de vaccins selon un calendrier spécial. Si c'est le cas de votre enfant, l'infirmière scolaire pourra vous donner plus d'informations.	
Réactions possibles après la vaccination	– Douleur, rougeur et gonflement à l'endroit où la piqûre a été faite – Mal de tête, douleurs musculaires et de la fatigue – Fièvre, nausée ou vomissements	– Douleur, rougeur et gonflement à l'endroit où la piqûre a été faite – Fièvre – Démangeaisons à l'endroit où la piqûre a été faite
	Il existe un très faible risque de réaction allergique grave à chaque vaccin. Ce type de réaction se produit généralement dans les minutes qui suivent la vaccination. L'infirmière est formée pour intervenir immédiatement afin de gérer la réaction allergique.	
Quoi faire en présence de réactions après la vaccination	– Appliquer une compresse humide froide à l'endroit où la piqûre a été faite pour diminuer la douleur, le gonflement, la rougeur ou les démangeaisons. – Donner de l'acétaminophène ou de l'ibuprofène pour diminuer la fièvre ou les maux de tête au besoin (après la vaccination). – Consulter Info-Santé 811 ou un professionnel de la santé, selon la gravité des symptômes.	

Questions et réponses en rafale

Hépatite A

Mon enfant a déjà reçu une dose de vaccin contre l'hépatite A. Comment savoir si mon enfant est protégé et n'a pas besoin d'une autre dose de vaccin ?

Votre enfant est déjà bien protégé contre l'hépatite A et n'a pas besoin d'avoir une autre dose de vaccin contre l'hépatite A s'il a reçu :

- 1 dose de vaccin contre l'hépatite A à partir de l'âge de 12 mois.

OU

- 1 dose de vaccin combiné contre l'hépatite A et l'hépatite B à partir de l'âge de 12 mois.

Si votre enfant a reçu 1 dose d'un de ces vaccins avant l'âge de 12 mois, il doit recevoir 1 dose de vaccin contre l'hépatite A pour une bonne protection à long terme. Il n'y a aucun danger à recevoir plus d'une fois un vaccin.

Mon enfant a déjà fait l'hépatite A. Est-ce qu'il doit se faire vacciner contre l'hépatite A ?

Non. Il est déjà protégé contre l'hépatite A.

VPH

Comment parler des VPH avec mon enfant ?

Vous pouvez simplement dire à votre enfant que c'est une vaccination importante pour les jeunes de son âge et que ça le protégera d'infections qu'il pourrait attraper lorsqu'il sera plus grand.

Si vous désirez aborder le sujet de la sexualité adapté à votre enfant, vous pouvez consulter l'infirmière scolaire ou les bulletins Mosaïk à l'adresse suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001151/>

Pourquoi vacciner les garçons contre les VPH ?

Chez les hommes, les VPH peuvent causer des condylomes ou certains cancers tels que les cancers du pénis ou de la gorge.

Le vaccin contre les VPH a été homologué pour les hommes quelques années après l'avoir été pour les jeunes filles et les femmes, après l'arrivée de données démontrant l'efficacité et la sécurité de la vaccination chez les hommes.

L'ajout de la vaccination en milieu scolaire des garçons en 4^e année du primaire a fait suite à une recommandation des experts québécois afin d'offrir aux hommes une protection directe et au moment le plus opportun, alors qu'ils n'étaient pas encore exposés aux VPH.

La vaccination contre les VPH est offerte aux garçons en 4^e année du primaire depuis septembre 2016 et aux garçons en 3^e année du secondaire dans le cadre de la mise à jour du statut vaccinal depuis septembre 2018.

Existe-il des tests de dépistage des lésions précancéreuses ou du cancer ?

Il existe seulement les tests de dépistage des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus (p. ex. test Pap ou test VPH).

Pour le moment, il n'existe pas de tests fiables pour dépister les lésions précancéreuses ou du cancer sur les autres parties du corps. La vaccination est le meilleur moyen de protection contre les VPH et leurs complications.

Sites Internet à consulter

Gouvernement du Québec

Section *Vaccination*, incluant une page sur les moyens de diminuer la douleur et l'anxiété liée à la vaccination
quebec.ca/vaccination

Gouvernement du Canada

Section *Santé, Vaccins et immunisation*
canada.ca

Société canadienne de pédiatrie

Section *Vaccination*
soinsdenosenfants.cps.ca

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

infovph.ca
masexualite.ca

Naître et grandir

Section *Tout ce qu'il faut savoir sur la vaccination*
naitreetgrandir.com

Pour avoir plus d'information, consultez :

[Québec.ca/vaccination](http://Quebec.ca/vaccination)



DT9415

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE A ET CONTRE LES VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH) EN 4^e ANNÉE DU PRIMAIRE

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

- Remplissez le formulaire en lettres moulées, y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
- Signez et détachez le formulaire du dépliant puis retournez-le sans délai à l'école, que vous acceptiez ou non la vaccination.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE		
Nom de l'école :		Groupe :
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.	N ^o de téléphone	Si vous consentez à être rejoint par courriel, veuillez l'inscrire :

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?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez la cause : <input type="checkbox"/> Vaccin <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	
2. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : cancer) ou d'un médicament (ex. : traitement contre le cancer)?	<input type="checkbox"/> Oui préciser : _____ <input type="checkbox"/> Non
Si oui, votre enfant pourrait recevoir des doses supplémentaires.	
Veillez fournir le carnet de vaccination de votre enfant que vous acceptiez ou non la vaccination. Ces informations seront validées et consignées, incluant les doses qui seront administrées.	

CONSENTEMENT (DÉCISION) DU PARENT OU DU TUTEUR			
Comme parent ou tuteur de l'enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à sa vaccination.			
Les explications vous permettant de prendre une décision claire vous sont fournies dans ce dépliant. Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec l'infirmière de l'école, un professionnel de la santé ou Info-Santé 811.			
1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre l'hépatite A.			
<input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ce vaccin à la suite de l'analyse du professionnel de la santé.			
<input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant reçoive ce vaccin.			
<input type="checkbox"/> NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre l'hépatite A ou a déjà fait l'hépatite A : date de vaccin ou de la maladie : _____			
2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain).			
<input type="checkbox"/> JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ce vaccin à la suite de l'analyse du professionnel de la santé.			
<input type="checkbox"/> JE REFUSE que mon enfant reçoive ce vaccin.			
<input type="checkbox"/> NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les VPH : date de vaccin _____			
Signature du parent ou du tuteur		Date	Année Mois Jour

Nom de l'usager	N° de dossier
-----------------	---------------

N° ID SI-PMI

À L'USAGE DU PROFESSIONNEL QUI VACCINE

CONSENTEMENT TÉLÉPHONIQUE (Remplir cette section uniquement si le consentement est obtenu par téléphone)						
Notes :						
Signature du professionnel <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien		No de permis :	Date	Année	Mois	Jour
Nom du témoin :			Date	Année	Mois	Jour

DÉTAILS DES PRODUITS IMMUNISANTS ADMINISTRÉS								
Date de vaccination (année, mois, jour)	Heure de vaccination	Nom du produit immunisant (vaccin)	N° de lot	Quantité/ unité	Voie d'administration	Site d'administration		
					Intra-musculaire	Bras gauche	Bras droit	Initiales
		<input type="checkbox"/> Havrix <input type="checkbox"/> Vaqta <input type="checkbox"/> Autres : _____		0.5 ml	I.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Gardasil <input type="checkbox"/> Autres : _____		Contenu du format unidose	I.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LIEU DE VACCINATION :								<input type="checkbox"/> Saisie SI-PMI
INFORMATION SUR LE PROFESSIONNEL HABILITÉ À INITIER ET À PROCÉDER À LA VACCINATION <input type="checkbox"/> Infirmière <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Pharmacien								
Nom :			Initiales :	Signature :			N° de permis :	
INFORMATION SUR L'INTERVENANT QUI A ADMINISTRÉ LE OU LES VACCINS (Si différent du professionnel habilité à initier et à procéder à la vaccination)								
Nom :		Initiales	Signature :		Profession (précisez) :		N° de permis :	
Nom :		Initiales	Signature :		Profession (précisez) :		N° de permis :	

Notes :
