

Vacciner pour la vie

VPH

**PROGRAMME DE VACCINATION
CONTRE LE VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VPH)
NOUVEAU CETTE ANNÉE : POUR TOUS LES ÉLÈVES
DE 7^e ANNÉE ET LES FILLES DE 8^e ANNÉE (Gardasil®)**



Qu'est-ce que le VPH?

Le VPH est un virus très commun qui peut causer divers types de cancer, notamment le cancer du col de l'utérus et d'autres cancers génitaux, ainsi que des verrues génitales. De nouvelles recherches ont également établi un lien entre le VPH et les cancers de la tête et du cou. Environ 3 personnes sur 4 auront au moins une infection au VPH durant leur vie.

Comment le VPH se transmet-il?

Le VPH se transmet le plus souvent par le contact intime peau à peau, y compris les activités sexuelles, avec une personne infectée. La mère infectée peut également transmettre le VPH à son enfant à l'accouchement.

Le VPH ne se transmet pas par de simples contacts avec une personne infectée, par exemple des câlins ou le partage de vaisselle. Il ne se transmet pas non plus par la toux ou les éternuements d'une personne infectée.

Quels sont les symptômes du VPH?

La plupart des personnes infectées ne présentent aucun symptôme, mais peuvent finir par avoir des anomalies cervicales, le cancer du col de l'utérus, d'autres cancers et des verrues génitales. Il est impossible de prédire les effets de cette maladie. Des personnes pourraient donc être infectées sans le savoir.

Quelle est l'efficacité du vaccin contre le VPH?

Le vaccin procure une protection quasi totale contre les quatre types de VPH contre lesquels il protège, soit les types 16, 18, 6 et 11.

Ces quatre types de VPH causent 70 % des cancers du col de l'utérus et 90 % des verrues génitales. Des études ont révélé que le vaccin confère une bonne protection pendant 10 ans après la vaccination et rien n'indique que la protection s'affaiblit avec le temps.

On ne peut pas contracter le VPH en recevant le vaccin.

Vous pouvez prévenir le VPH en faisant vacciner votre enfant.

1005, avenue Ouellette, Windsor (Ontario) N9A 4J8

www.wechu.org | 519 258-2146, poste 1222



Qui devrait recevoir le vaccin contre le VPH?

Le vaccin contre le VPH a été approuvé pour utilisation chez les femmes de 9 à 45 ans et chez les hommes de 9 à 26 ans. Le gouvernement provincial finance le programme de vaccination à participation volontaire contre le VPH offert à tous les élèves de 7^e année de l'Ontario. Tous les élèves qui commencent la 7^e année peuvent donc recevoir le vaccin **gratuitement** du Bureau de santé. Si vous voulez que votre enfant soit vacciné par votre médecin, les deux ou trois doses du vaccin vous coûteront entre **300 \$** et **500 \$**. La 7^e année a été choisie parce que le vaccin contre le VPH est plus efficace s'il est administré avant que la personne ne devienne active sexuellement.

Comment le programme est-il offert à l'école de mon enfant?

Des infirmières de la santé publique administrent 2 ou 3 injections distinctes, selon l'âge de l'élève, à des intervalles précis. L'infirmière pourrait reporter la vaccination de toute personne ayant une fièvre ou une maladie plus grave qu'un simple rhume.

Le jour de la vaccination

Portez un chandail à manches courtes ou un chandail dont on peut facilement relever les manches par-dessus l'épaule.

Prenez un déjeuner ou un dîner nutritif.

Qui ne devrait pas recevoir le vaccin contre le VPH?

Votre enfant ne devrait **pas** recevoir le vaccin contre le VPH :

- s'il a déjà eu une réaction grave à une dose du vaccin contre le VPH;
- si elle est enceinte.

Vérifiez auprès de votre fournisseur de soins pour savoir si votre enfant a déjà eu une réaction allergique à un autre vaccin, à l'aluminium, à la levure ou au chlorure de sodium. Le risque de maladie grave associée au VPH est beaucoup plus grand que le risque de complications liées au vaccin contre le VPH.

Le vaccin occasionne-t-il des effets secondaires?

Le vaccin est utilisé au Canada depuis 2006. Il est sans danger et efficace. Il pourrait causer des effets secondaires mineurs pendant une journée ou plus, notamment :

- une rougeur, une chaleur ou une légère enflure au point d'injection;
- de la fatigue;
- une légère fièvre.

Si une réaction plus grave survient dans les 15 jours suivant la vaccination, informez-en votre fournisseur de soins ou le bureau de santé de votre localité.

Les réactions graves sont rares et exigent des soins immédiats. Les réactions graves possibles peuvent inclure :

- de la difficulté à respirer;
- une enflure du visage ou de la bouche;
- une fièvre de plus de 39 °C;
- de l'urticaire ou une éruption cutanée.

Tous les renseignements personnels ou sur la santé recueillis et utilisés demeurent confidentiels. Leur divulgation n'est autorisée qu'aux termes de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, 2004. Les renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* dans le but d'offrir des programmes et des services Écoles saines. Ils pourraient aussi servir à des fins d'évaluation et de recherche ou à des fins statistiques. Les renseignements recueillis dans ce formulaire seront versés dans la base de données provinciale. Vous avez le droit de consulter ces renseignements et de les corriger et de refuser ou de retirer votre consentement. Toute question concernant cette politique devrait être acheminée à l'agent de protection de la vie privée au 519 258-2146.

POUR OBTENIR D'AUTRES RENSEIGNEMENTS

www.wechu.org | www.health.gov.on.ca/fr/ms/hpv | www.hpvinfos.ca

www.merck.ca | www.gardasil.ca | immunize.ca

CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LE VPH

ÉTAPE 1 FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Date de naissance : _____
ANNÉE MOIS JOUR

Adresse : _____
NUMÉRO RUE APP. VILLE CODE POSTAL

Téléphone : _____ Téléphone : _____
MAISON CELLULAIRE/TRAVAIL

N° de carte Santé : _____ Enseignant : _____
(FACULTATIF)

École : _____

ÉTAPE 2 INDIQUER TOUS LES VACCINS CONTRE LE VPH DÉJÀ REÇUS

Si votre enfant a déjà reçu des vaccins contre le VPH, indiquez les dates d'administration ci-dessous.



NOM DU VACCIN	ANNÉE	MOIS	JOUR
_____ Dose 1	_____	_____	_____
_____ Dose 2	_____	_____	_____
_____ Dose 3	_____	_____	_____

ÉTAPE 3 REMPLIR UNE SEULE SECTION (OUI/NON)

CONSENTEMENT À LA VACCINATION

OUI, je veux que le personnel du Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex administre la série de vaccins contre le VPH à mon enfant. À moins qu'il ne soit révoqué, ce consentement demeure valide jusqu'à ce que toutes les doses du vaccin aient été administrées.

J'ai lu ou on m'a expliqué les présents renseignements sur le vaccin. On a répondu à ma satisfaction à toutes mes questions.

Mon enfant n'a pas eu de réaction allergique grave à un vaccin, à l'aluminium, à la levure ou au chlorure de sodium.

Signature : _____ Date : _____
PARENT OU TUTEUR LÉGAL ANNÉE MOIS JOUR

Lien avec l'élève : _____

OU

REFUS DE LA VACCINATION

NON, je ne veux pas que le personnel du Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex administre le vaccin contre le VPH à mon enfant. J'ai lu les renseignements joints au présent formulaire de consentement. Je comprends les conséquences possibles pour mon enfant s'il ne reçoit pas le vaccin.

Signature : _____ Date : _____
PARENT OU TUTEUR LÉGAL ANNÉE MOIS JOUR

Lien avec l'élève : _____

Passez à l'étape 4 au verso. →

ÉTAPE 4 RÉPONDRE AUX QUESTIONS CONCERNANT L'ENFANT

PARENT

OUI NON

RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE

DOSE 1

DOSE 2

DOSE 3

Est-ce que votre enfant comprend à quoi sert le vaccin contre le VPH?

Votre enfant est-il allergique aux substances suivantes :

- Aluminium

- Levure

Nota : Le vaccin ne contient PAS d'antibiotique, d'agent de conservation, de latex ou de thimérosal.

- Chlorure de sodium

Indiquez toute autre allergie :

Votre enfant a-t-il de graves problèmes de santé (convulsions, paralysie, thrombopénie, trouble de la coagulation, etc.)?

Si oui, lesquels?

Votre enfant prend-il des médicaments qui pourraient affaiblir son système immunitaire (p. ex. fortes doses de prednisone)?

Si oui, lesquels?

Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin?

Si oui, quel genre de réaction?

ÉTAPE 5 RETOURNER LE CONSENTEMENT REMPLI À L'ÉCOLE DE L'ENFANT

QUESTIONS POSÉES PAR L'INFIRMIÈRE

(RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE) Vaccine: Gardasil (GD): 0.5 mL/Dose

DOSE 1

DOSE 2

DOSE 3*
(as required)

As-tu eu une réaction à la 1^{re} ou à la 2^e dose du vaccin contre le VPH?

(Did you have a reaction to the 1st or 2nd HPV shot?)

As-tu aujourd'hui une maladie plus grave qu'un rhume?

(Are you sick today with anything more than a cold?)

As-tu de la fièvre? (Do you have a fever?)

Penses-tu être enceinte? (Do you think you're pregnant?)

Immunization Record given:

Nursing Notes:

GD 0.5mL IM

R / L deltoid

Date: _____

Time: _____

Lot #: _____

RN Signature

Documented in
Panorama ☐ Yes

Date: _____

Signature

GD 0.5mL IM

R / L deltoid

Date: _____

Time: _____

Lot #: _____

RN Signature

Documented in
Panorama ☐ Yes

Date: _____

Signature

GD 0.5mL IM

R / L deltoid

Date: _____

Time: _____

Lot #: _____

RN Signature

Documented in
Panorama ☐ Yes

Date: _____

Signature