

Vacciner pour la vie

HÉPATITE B

**PROGRAMME DE VACCINATION POUR
LES ÉLÈVES DE 7^e ANNÉE
(Recombivax HB ou Engerix B)**



Qu'est-ce que l'hépatite B?

Le virus de l'hépatite B peut entraîner des dommages permanents au foie et est une des principales causes du cancer du foie. L'hépatite B ne se guérit pas et certaines personnes en mourront. La majorité des gens se rétablissent, mais environ une personne atteinte sur 10 portera le virus pour la vie et le transmettra à d'autres.

Comment l'hépatite B se transmet-elle?

L'hépatite B se transmet par le sang et d'autres liquides organiques d'une personne infectée.

On peut contracter l'hépatite B dans les situations suivantes :

- partage d'articles de soins personnels, p. ex. un rasoir, des ciseaux, un coupe-ongles ou une brosse à dents;
- utilisation d'instruments contaminés pour le tatouage ou le perçage;
- contacts intimes avec une personne infectée;
- partage d'aiguilles avec une personne infectée.

La mère infectée peut également transmettre l'hépatite B à son enfant à l'accouchement.

L'hépatite B ne se transmet pas par de simples contacts avec une personne infectée, par exemple des câlins ou le partage de la vaisselle qu'elle a utilisée. Elle ne se transmet pas non plus par la toux ou les éternuements d'une personne infectée.

Quels sont les symptômes de l'hépatite B?

Les personnes atteintes d'hépatite B peuvent présenter les symptômes suivants :

- fatigue;
- fièvre;
- perte d'appétit;
- jaunissement de la peau et des yeux (jaunisse).

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 l'hépatite B?

Le vaccin offre une protection quasi totale contre le virus de l'hépatite B. Des études ont montré qu'il confère une bonne protection pendant plus de 20 ans après la vaccination. On ne peut pas contracter l'hépatite B en recevant le vaccin.

Vous pouvez prévenir l'hépatite B 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 l'hépatite B?

Le vaccin contre l'hépatite B est autorisé pour utilisation chez toutes les personnes, dès la naissance. Pour avoir droit aux deux doses gratuites :

- la première dose doit être administrée avant la fin de la 8^e année;
- la deuxième dose doit être administrée avant le 16^e anniversaire de l'élève.

Le programme a pour but de vacciner les élèves contre le virus de l'hépatite B à un âge où le risque d'attraper l'hépatite B est encore faible.

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

Des infirmières de la santé publique administrent deux injections séparées aux élèves, à au moins 4 à 6 mois d'intervalle, selon le vaccin utilisé. 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 l'hépatite B?

Votre enfant ne devrait pas recevoir le vaccin contre l'hépatite B s'il a déjà eu une réaction grave à ce vaccin.

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, au latex ou au formaldéhyde. Le risque de maladie grave associée au virus de l'hépatite B est beaucoup plus grand que le risque de complications liées au vaccin contre l'hépatite B.

Le vaccin occasionne-t-il des effets secondaires?

Le vaccin est utilisé au Canada depuis 1982. 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

wechu.org | santepublique.gc.ca/hepb | gsk.ca/french | merck.ca | immunize.ca

CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B

ÉTAPE 1 FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom de l'élève : _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Garçon Fille 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 FOURNIR LES DATES DES VACCINS CONTRE L'HÉPATITE B DÉJÀ REÇUS

Si votre enfant a déjà reçu des vaccins contre l'hépatite B, y compris le vaccin Twinrix (**hépatite A et B**), indiquez le nom du vaccin et les dates d'administration ci-dessous. *Nota* : Il importe de ne pas confondre l'hépatite B avec le Hib (hémophilus influenzae B).



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 complète de vaccins contre l'hépatite B 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, au latex, à l'aluminium, à la levure ou au formaldéhyde.

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 l'hépatite B 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 SUIVANTES

PARENT		RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE	
OUI	NON	DOSE 1	DOSE 2

Est-ce que votre enfant comprend à quoi sert le vaccin contre l'hépatite B?			Y N	Y N
Votre enfant est-il allergique aux substances suivantes : - Aluminium - Levure - Formaldéhyde - Latex			Y N	Y N
			Y N	Y N
			Y N	Y N
			Y N	Y N
Indiquez toute autre allergie : _____				
Votre enfant a-t-il de graves problèmes de santé (problèmes sanguins, etc.)?			Y N	Y N
Si oui, lesquels? _____				
Votre enfant prend-il des médicaments qui pourraient affaiblir son système immunitaire (p. ex. fortes doses de prednisone)?			Y N	Y N
Si oui, lesquels? _____				
Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin?			Y N	Y N
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)	DOSE 1	DOSE 2
As-tu aujourd'hui une maladie plus grave qu'un rhume? (Are you sick today with anything more than a cold?)	Y N	Y N
As-tu de la fièvre? (Do you have a fever?)	Y N	Y N
Penses-tu être enceinte ou allaites-tu? (Do you think you're pregnant or are you breastfeeding?)	Y N	Y N
Vaccine (Dose 1): _____ Recombivax HB or Engerix B _____ 1 ml intramuscular _____ Right _____ Left _____ <small>DELTOID DATE TIME LOT#</small>		
Immunization Record given: <input type="radio"/> Yes Nurse Signature: _____ Documented in Panorama: <input type="radio"/> Yes Date: _____ Signature: _____		
Vaccine (Dose 2): _____ Recombivax HB or Engerix B _____ 1 ml intramuscular _____ Right _____ Left _____ <small>DELTOID DATE TIME LOT#</small>		
Immunization Record given: <input type="radio"/> Yes Nurse Signature: _____ Documented in Panorama: <input type="radio"/> Yes Date: _____ Signature: _____		
Nurse Notes: _____ _____ _____		