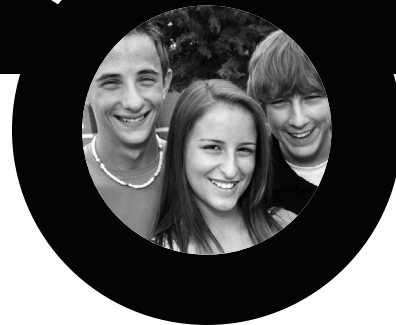


# Vacciner pour la vie

MENACTRA  
PROGRAMME DE VACCINATION POUR  
LES ÉLÈVES DE 7<sup>e</sup> ANNÉE  
(Méningocoques A, C, Y et W-135)



## OBLIGATOIRE POUR FRÉQUENTER L'ÉCOLE

### Qu'est-ce que la méningite?

La méningite est une inflammation des membranes qui entourent le cerveau et la moelle épinière ou une infection du sang. Elle est causée par des bactéries méningococciques. **La méningite est une maladie très grave!** Malgré les traitements offerts, environ 10 % des personnes atteintes en meurent et un autre 10 % peuvent souffrir de complications à long terme telles que la surdité, des lésions cérébrales, des convulsions ou une amputation.

### Comment la méningite se transmet-elle?

Les bactéries peuvent se transmettre d'une personne à une autre par la toux, les éternuements et les contacts intimes, comme les baisers. Elles peuvent aussi se transmettre par la salive d'une personne infectée lorsqu'il y a partage des objets suivants :

- Instruments de musique
- Protège-dents
- Rouge à lèvres
- Brosses à dents
- Nourriture, boissons et ustensiles (y compris les bouteilles d'eau et les pailles)
- Cigarettes

NE PARTAGEZ PAS D'OBJETS QUI ONT ÉTÉ  
DANS LA BOUCHE D'UNE AUTRE PERSONNE!

Pour pouvoir fréquenter une école en Ontario, votre enfant doit recevoir le vaccin Menactra en 7<sup>e</sup> année.

### Quels sont les symptômes de la méningite?

Les symptômes de la méningite peuvent être difficiles à reconnaître au début, car les premiers symptômes, notamment la fièvre, les vomissements et les maux de tête graves, sont associés à de nombreuses maladies peu graves. Les symptômes caractéristiques de la méningite comprennent :

- la raideur du cou ou la douleur en bougeant la tête;
- la sensibilité aux lumières vives;
- la somnolence ou la confusion;
- une éruption cutanée mauve ou des ecchymoses.

*Les symptômes peuvent apparaître rapidement et entraîner la mort en à peine quelques heures.*

### Quelle est l'efficacité du vaccin contre la méningite?

Le vaccin Menactra® protège contre quatre types de bactéries méningococciques : les types A, C, Y et W-135. Le vaccin offre une protection quasi totale contre la méningite. Des études ont montré qu'il confère une bonne protection pendant jusqu'à 5 ans après la vaccination. On ne peut pas contracter la méningite en recevant le vaccin.

**Vous pouvez prévenir la méningite 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 la méningite?

Le vaccin contre la méningite est autorisé pour utilisation chez les personnes de 2 à 55 ans. Le gouvernement provincial finance le programme de vaccination contre la méningite offert à tous les élèves de 7<sup>e</sup> année de l'Ontario. Tous les élèves qui commencent la 7<sup>e</sup> année peuvent donc recevoir le vaccin **gratuitement** du Bureau de santé. Le programme a pour but de vacciner les élèves contre la bactérie qui cause la méningite à un âge où le risque d'attraper la méningite est encore faible. **Nota** : Le vaccin contre la méningite C (Menjugate®/NeisVac-C®) et le vaccin contre la méningite B (Bexsero®) ne confèrent pas la même protection que le vaccin Menactra®.

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

Des infirmières de la santé publique administrent une injection aux élèves.

L'infirmière pourrait reporter la vaccination de tout élève 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 la méningite?

Votre enfant ne devrait **pas** recevoir le vaccin contre la méningite si :

- il a reçu un vaccin contre les méningocoques A, C, Y, W-135 au cours des 3 dernières années;
- il a reçu un vaccin polysaccharidique contre les méningocoques (Menomune) au cours des six derniers mois;
- il a reçu le vaccin Menjugate ou NeisVac-C au cours du dernier mois.
- il a déjà eu une réaction grave à un vaccin contre la méningite.

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

## Le vaccin occasionne-t-il des effets secondaires?

Le vaccin est utilisé depuis 2005. 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](http://wechu.org) | [menactra.ca/index.cfm](http://menactra.ca/index.cfm) | [sanofipasteur.ca](http://sanofipasteur.ca) | [meningitis.ca/fr](http://meningitis.ca/fr) | [immunize.ca](http://immunize.ca)

## 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 INDIQUER TOUS LES VACCINS CONTRE LA MÉNINGITE DÉJÀ REÇUS

Votre enfant a peut-être déjà reçu un vaccin contre les méningocoques C, qui protège contre une forme de méningite, mais il doit quand même recevoir le vaccin Menactra. Celui-ci renforce l'immunité en plus d'offrir une protection contre trois types additionnels de méningocoques. Remarque : Seul le Bureau de santé offre ce vaccin GRATUITEMENT.

	ANNÉE	MOIS	JOUR
Méningocoques C (NeisVac-C/Menjugate/Meningitec)	_____	_____	_____
Méningocoques A, C, Y, W-135 (MENACTRA/ MENVEO/NIMENRIX)	_____	_____	_____
Méningocoques A, C, Y, W-135 poly (Menomune)	_____	_____	_____
Méningocoques B (Bexsero)	_____	_____	_____

## 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 le vaccin Menactra (contre les méningocoques A, C, Y et W-135) à mon enfant. À moins qu'il ne soit révoqué, ce consentement demeure valide jusqu'à ce que le vaccin ait été administré. 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 ou à l'anatoxine diphtérique.**

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 Menactra (contre les méningocoques A, C, Y et W-135) 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 \_\_\_\_\_

## ÉTAPE 4 RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES

PARENT		RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE
OUI	NON	

Est-ce que votre enfant comprend à quoi sert le vaccin contre la méningite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N
Votre enfant est-il allergique à : l'anatoxine diphtérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N
Indiquez toute autre allergie : _____			
Votre enfant a-t-il de graves problèmes de santé (problèmes sanguins, SGB, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N
Si oui, lesquels? _____			
Votre enfant prend-il des médicaments qui pourraient affaiblir son système immunitaire (p. ex. fortes doses de prednisone)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N
Si oui, lesquels? _____			
Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction à un vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)

As-tu aujourd'hui une maladie plus grave qu'un rhume? (Are you sick today with anything more than a cold?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N
As-tu de la fièvre? (Do you have a fever?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N
Penses-tu être enceinte ou allaites-tu? (Do you think you're pregnant or are you breastfeeding?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Y N

Vaccine (Dose 1): \_\_\_\_\_ Menactra® (Meningococcal A, C, Y, W-135) \_\_\_\_\_ 0.5 ml intramuscular  
DOSE

\_\_\_\_\_ Right \_\_\_\_\_ Left \_\_\_\_\_  
DELTOID DATE TIME LOT#

Immunization Record given:  Yes Nurse Signature: \_\_\_\_\_

Documented in Panorama:  Yes Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Nurse Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Clerk Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_