

CONSENTEMENT AU VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B



Hamilton
Service de santé publique

Programme de vaccination
www.hamilton.ca/vaccines
Téléphone : 905 546-2424, poste 7556
Télécopieur : 905 546-4841

INSTRUCTIONS POUR LES PARENTS ET TUTEURS

1. Lisez les renseignements ci-joints sur le vaccin contre l'hépatite B.
2. Remplissez ce côté du formulaire.
3. Renvoyez le formulaire signé à l'enseignant de votre enfant au plus tard le :

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

NOM			PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE			ÉCOLE	CLASSE (P. EX. 7A)	
ANNÉE	MOIS	JOUR			
			FILLE	GARÇON	AUTRE
NOM DU PARENT/TUTEUR			TÉL. (JOUR)	TÉL. (AUTRE)	

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE

	EN COCHER UN	SI OUI, EXPLIQUER
Est-ce que votre enfant a des allergies?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-ce que votre enfant a déjà fait une réaction à un vaccin?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-ce que votre enfant a des antécédents d'évanouissements ou de convulsions?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
Est-ce que votre enfant a un problème de santé grave?	<input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	

3. AUTORISATION DE VACCINER

J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements ci-joints concernant le vaccin contre l'hépatite B. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à mes questions. Cochez **un** des choix ci-dessous :

OUI, administrer à mon enfant les deux doses du vaccin contre l'hépatite B à moins que je retire l'autorisation. **NON**, n'administrez pas à mon enfant le vaccin contre l'hépatite B.

X

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

DATE

4. ANTÉCÉDENTS DE VACCINATION

Mon enfant a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B aux dates suivantes :

Cochez-en un : Twinrix® Engerix®-B Recombivax HB®

DATE, DOSE 1

DATE, DOSE 2

DATE, DOSE 3

COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Nous avons le droit, en vertu de la loi, de recueillir les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire.

- Loi sur la protection et la promotion de la santé
- Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé

Les renseignements serviront aux fins suivantes :

- le programme de vaccination;
- les dossiers de vaccination;
- la gestion des éclosions;
- l'évaluation du programme;
- la collecte de statistiques et la recherche.

Si vous avez des questions concernant la collecte des renseignements à votre sujet, communiquez avec le :

Gestionnaire du programme de vaccination
Service de santé publique de Hamilton
110, rue King Ouest, 2^e étage
Hamilton (Ontario) L8P 4S6
905 540-5250

Renseignements : www.hamilton.ca/phsprivacy

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

DATE DE NAISSANCE

ANNÉE / MOIS / JOUR

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE

	DOSE 1		DOSE 2		NOTES
As-tu de la fièvre ou te sens-tu malade aujourd'hui?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Est-ce que ton état de santé a changé récemment?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
As-tu déjà fait une réaction à une dose du vaccin contre l'hépatite B?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
Comprends-tu à quoi sert le vaccin? Si non, fournir un enseignement en matière de santé.	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	
As-tu des questions? Si oui, fournir un enseignement en matière de santé.	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	

Initials: _____

Initials: _____

CONSENTEMENT À LA VACCINATION

Élève _____
SIGNATURE DATE

Mandataire (Cochez seulement si le mandataire a donné son consentement par écrit ou verbalement)

Reason for SDM: _____

VACCINE INFORMATION

The following vaccine was administered as per the CDCW Medical Directive 05 06 100 Administration of Vaccines authorized by Dr. Richardson, Dr. Hopkins, Dr. Tran and Dr. Emili.

DOSE 1: Engerix®-B 1.0mL IM Recombivax HB® 1.0mL IM
 DOSE 2: Engerix®-B 1.0mL IM Recombivax HB® 1.0mL IM

DATE	TIME	LOT #	DELTOID SITE	SIGNATURE	DATA ENTERED
			<input type="radio"/> superior R <input type="radio"/> inferior R <input type="radio"/> superior L <input type="radio"/> inferior L		Date: _____ Initials: _____
			<input type="radio"/> superior R <input type="radio"/> inferior R <input type="radio"/> superior L <input type="radio"/> inferior L		Date: _____ Initials: _____

NURSE'S NOTES

VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B LES FAITS

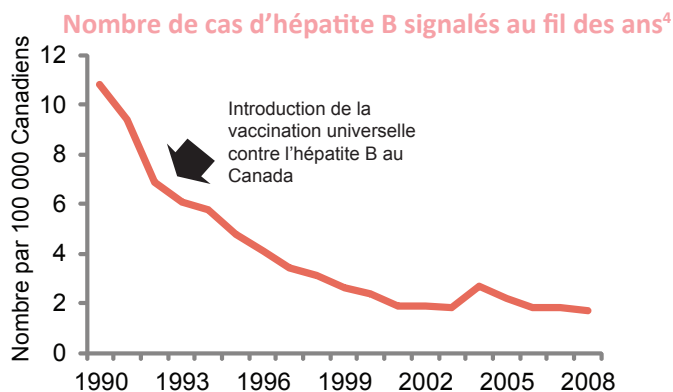
Quels sont les problèmes associés à l'hépatite B?

Le virus de l'hépatite B se transmet par le sang et les autres liquides organiques. L'hépatite B peut entraîner l'inflammation du foie, des dommages au foie et le cancer. Chaque année, en Ontario, l'hépatite B est responsable d'environ :

- 346 décès;
- 308 cas de cancer;
- 90 cas de foie enflammé ou endommagé¹.

Quel est l'avantage de recevoir le vaccin?

Chez les enfants, le vaccin offre une protection contre l'hépatite B dans 99 % des cas.² Il faut deux doses pour assurer la meilleure protection possible. Dans la plupart des cas, la protection dure 20 ans.³ Le nombre de cas d'hépatite B est à la baisse. Le vaccin contre l'hépatite B est la meilleure façon de prévenir l'infection jusqu'à ce que la maladie ait été éliminée.



Comment met-on le vaccin à l'essai?

On utilise le vaccin depuis 1982. On procède à diverses évaluations de sécurité :

- avant d'approuver un nouveau vaccin au Canada;
- avant d'autoriser l'utilisation de chaque lot du vaccin;
- au moyen d'inspections en laboratoire;
- au moyen des recherches continues;
- au moyen de rapports d'effets indésirables.

Qu'entend-on par effet indésirable?

On entend par effet indésirable tout problème de santé qui survient après l'administration d'un vaccin. Le problème pourrait, ou non, être lié au vaccin. Le fait que des événements soient rapprochés dans le temps ne signifie pas pour autant qu'ils sont liés. Par exemple, si on mange une pomme, puis qu'on se casse le bras, cela ne signifie pas que c'est la pomme qui a causé la fracture.

Quels sont les effets secondaires du vaccin?

Toutes les injections peuvent causer de la douleur dans le muscle, une rougeur ou une enflure. Les effets secondaires les plus courants du vaccin sont un mal de tête et de la fatigue.²

Et si je décide de refuser le vaccin?

Le vaccin contre l'hépatite B n'est pas requis selon la loi (*Loi sur l'immunisation des élèves*, 1990). Toutefois, votre enfant sera à risque de contracter l'hépatite B si vous décidez de refuser le vaccin.

Le vaccin est gratuit pour les élèves de 7^e année. Si un élève rate les doses de 7^e année, il peut les recevoir gratuitement en 8^e année.

Comment puis-je préparer mon enfant?



Parlez du vaccin à votre enfant.



Remplissez et retournez le formulaire de consentement.



Passez en revue des bonnes façons de surmonter la peur et l'anxiété (compter jusqu'à 10, détourner les yeux de l'aiguille ou se concentrer sur sa respiration).

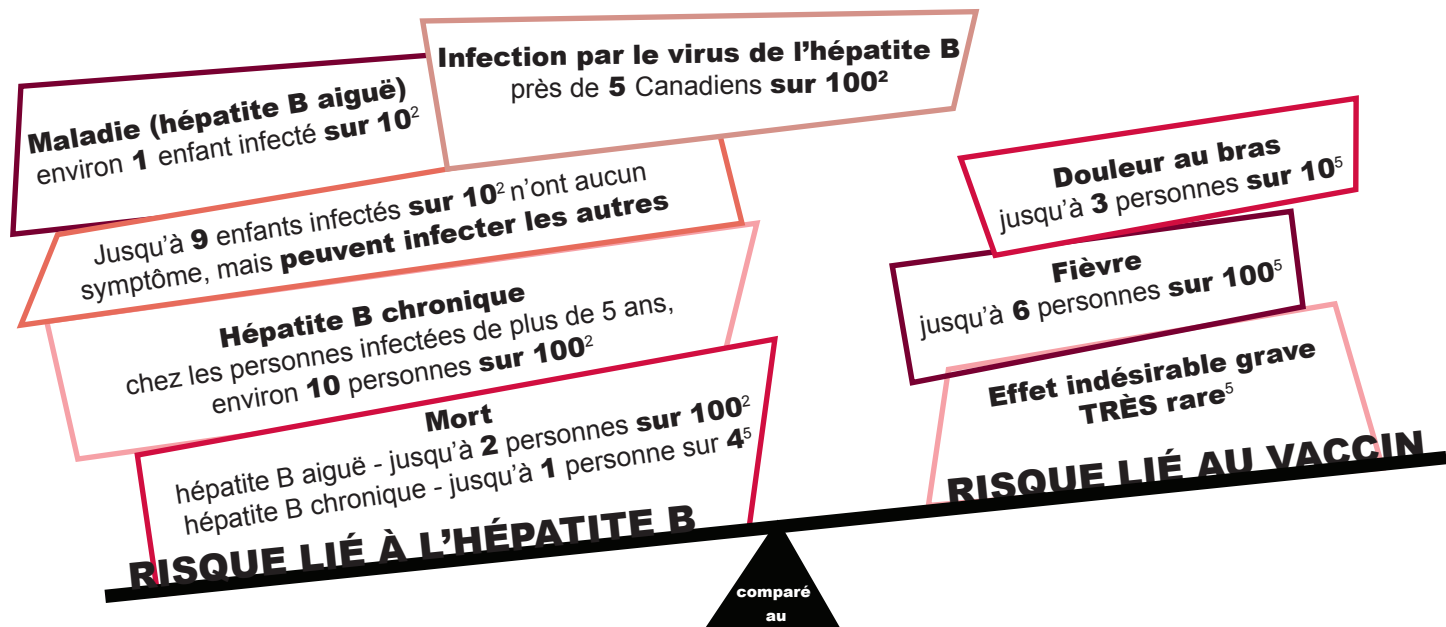


Assurez-vous que votre enfant mange le jour de la vaccination.



Assurez-vous que votre enfant porte une chemise à manches courtes le jour de la vaccination.

C'est pire d'attraper l'hépatite B que de recevoir le vaccin.



Que contient le vaccin?

Composants du vaccin contre l'hépatite B ^{6,7}	Où les trouve-t-on aussi?
Des morceaux du virus de l'hépatite B	Hépatite B
Aluminium	Légumes, céréales et désodorisant
* Chlorure de sodium	Corps humain et sel de table
* Borate de sodium	Eau et terre
* Levures	Corps humain, pain et bagels
* Formaldéhyde	Corps humains, fruits et poisson

* Seulement présent dans le vaccin Recombivax HB®

**POUR EN SAVOIR PLUS LONG,
VISITEZ NOTRE SITE WEB
www.hamilton.ca/vaccines**

Apprenez-en sur :

- l'hépatite B;
- les vaccins;
- la sécurité;
- les effets indésirables;
- les effets secondaires;
- les ingrédients;
- les façons de préparer votre enfant.

Si vous avez des questions, parlez à votre médecin de famille ou appelez une infirmière au 905 546-2424, poste 7556.

SOURCES

¹ Kwong, J.C. et coll. *Ontario Burden of Infectious Diseases Study (ONBOIDS)*, rapport d'une étude conjointe menée par l'AOPPS et l'IRSS, Toronto, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et Institut de recherche en services de santé, 2010.

² Comité consultatif national de l'immunisation. *Guide canadien d'immunisation (Édition évolutive)*. Partie 4 - Vaccins actifs : Vaccin contre l'hépatite B. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2015.

³ Poorolajal J. et coll. « Seroprotection of hepatitis B vaccine and need for booster dose: a meta-analysis », dans *Hepatitis Monthly*, 9(4), p. 293-304, 2009.

⁴ Agence de la santé publique du Canada. *Infection par le virus de l'hépatite B au Canada – Rapport sommaire*, 2011. (<http://www.phac-aspc.gc.ca/id-mi/pdf/hepB-fra.pdf>, juillet 2012)

⁵ Plotkin, S. A. et coll. *Vaccines (6th ed.)*, Saunders Elsevier, 2013.

⁶ Merck Canada Inc. Monographie de produit : Recombivax HB®, Kirkland, mai 2012.

⁷ GlaxoSmithKline Inc. Monographie de produit : Engerix®-B, Mississauga, août 2013.