



Hepatitis B Vaccine (Recombivax HB® or Engerix-B®)

Information on vaccines for school-aged children.

Instructions for parents

1. Read this fact sheet.
2. Complete the consent form and return the form to your child's school.
3. Make sure your child eats on the day of the clinic.
4. Make sure your child wears a short sleeve shirt on the day of the clinic.
5. If your child misses any doses, book an appointment at Public Health Sudbury & Districts.

What is the Recombivax HB® or Engerix-B® vaccine?

It is a safe and effective vaccine that offers protection against serious infection of the liver caused by the hepatitis B virus. For full protection against hepatitis B, two doses of the vaccine are needed.

What is hepatitis B?

Hepatitis B virus causes inflammation of the liver, an organ that is needed to digest food and remove waste from the body, such as drugs and toxins. The virus can cause serious damage to the liver, and in some cases, long-lasting (or chronic) liver disease. About 10% of people with hepatitis B will carry the virus for life and could infect others. The virus is found in blood, semen, vaginal fluid, and saliva.

Symptoms of hepatitis B virus may include tiredness, loss of appetite, stomach discomfort, and yellow skin (jaundice).

How is hepatitis B spread?

A person can be infected through:

- skin-to-skin sexual contact with an infected person (it can spread without having intercourse)
- contact with blood and some body fluids of an infected person
- sharing needles to inject drugs, tattooing, piercing
- contact with a mother's blood or body fluids at birth

Who should get the hepatitis B vaccine?

The vaccine is **recommended**, and is available at no cost for all Grade 7 to 8 students through Public Health Sudbury & Districts. There is a cost for students no longer in Grade 7 to 8.

Who should not get the hepatitis B vaccine?

- students who have a fever or any illness more serious than a minor cold on the day of the clinic
- students who had reactions and have allergies to any ingredient in the vaccine (aluminum, latex, yeast, sodium chloride, sodium borate, or formaldehyde)

What are the possible side effects of this vaccine?

The most commonly reported side effects are:

- redness, warmth or slight swelling at the injection site
- slight fever
- decreased energy

Severe reactions are rare.

Call your health care provider immediately if your child experiences any of the following reactions after being vaccinated:

- trouble breathing
- swelling of the face or mouth
- fever over 40°C (104°F)
- hives or rash
- any other serious problem

Your child will be monitored by a nurse for 15 minutes post-vaccination.

If your child has previously completed immunization for hepatitis B or received the complete series of Recombivax HB®, Engerix-B®, or Twinrix® they may not require vaccination.

For more information or to report vaccinations given by other health care providers, contact Public Health Sudbury & Districts.



Vaccin contre l'hépatite B (Recombivax HB® ou Engerix-B®)

Renseignements pour les enfants d'âge scolaire

Consignes à l'intention des parents

1. Lisez la présente feuille de renseignements.
2. Remplissez le formulaire de consentement et retournez-le à l'école de votre enfant.
3. Assurez-vous que votre enfant mange le jour de la séance.
4. Assurez-vous que votre enfant porte une chemise ou un chandail à manches courtes le jour de la séance.
5. Si votre enfant manque l'une ou l'autre des doses, prenez rendez-vous au Santé publique Sudbury et districts.

Qu'est-ce que le vaccin Recombivax HB® ou Engerix-B®?

C'est un vaccin sûr et efficace qui offre une protection contre la grave infection du foie que cause le virus de l'hépatite B. Deux doses s'imposent pour assurer une pleine protection contre l'hépatite B.

Qu'est-ce que l'hépatite B?

Le virus de l'hépatite B cause une inflammation du foie, un organe nécessaire à la digestion qui élimine les déchets du corps, comme les drogues et les toxines. Il peut causer de graves dommages et, dans certains cas, une maladie hépatique de longue durée (ou chronique). La plupart des personnes atteintes s'en remettent, mais environ 10% d'entre elles seront porteuses du virus toute leur vie et pourraient en infecter d'autres. Le virus se retrouve dans le sang, le sperme, les fluides vaginaux et la salive.

Les symptômes peuvent inclure la fatigue, la perte d'appétit, des troubles gastriques et un jaunissement de la peau (jaunisse).

Comment l'hépatite B se propage-t-elle?

Une personne peut être infectée par :

- un contact sexuel peau à peau avec une personne infectée
- un contact avec le sang et certains fluides corporels d'une personne infectée
- le partage d'aiguilles pour l'injection de drogues, le tatouage et le perçage

- le contact d'un enfant à sa naissance avec le sang ou les fluides corporels de sa mère, si elle est infectée

Qui devrait recevoir le vaccin contre l'hépatite B?

Le vaccin est **recommandé** et est offert sans frais dans le cas de tous les élèves de 7^e ou de 8^e année par l'entremise du Santé publique Sudbury et districts. Dans le cas des élèves qui ne sont plus en 7^e ou en 8^e année, il y a des frais à déboursier pour le vaccin contre l'hépatite B.

Qui ne devrait pas recevoir le vaccin?

- les élèves qui font de la fièvre ou sont atteints d'un trouble plus grave qu'un rhume mineur le jour de la séance
- les élèves qui ont connu des réactions à un ingrédient du vaccin (l'aluminium, le latex, la levure ou le formaldéhyde)

Quels peuvent être les effets secondaires du vaccin?

Les effets secondaires les plus communs sont les suivants :

- rougeurs, chaleur et légère enflure au site d'injection
- légère fièvre
- perte d'énergie

Les réactions graves sont rares.

Appelez votre fournisseur de soins de santé immédiatement si votre enfant présente l'une ou l'autre des réactions qui suivent après s'être fait vacciner :

- difficultés respiratoires
- enflure du visage ou de la bouche
- fièvre de plus de 40 °C (104 °F)
- urticaire ou éruption cutanée
- tout autre problème grave

Votre enfant sera surveillé par une infirmière pendant 15 minutes après la vaccination.

Si votre enfant s'est fait vacciner complètement contre l'hépatite B ou s'il a reçu toutes les doses de vaccin Recombivax HB®, Engerix-B® ou Twinrix®, il se peut que la vaccination ne soit pas requise dans son cas.

Afin d'en savoir plus ou de déclarer des vaccinations effectuées par d'autres fournisseurs de soins de santé, communiquez avec Santé publique Sudbury et districts.



Consent for Hepatitis B Vaccine (Recombivax HB® or Engerix-B®)

Publicly funded for Grade 7 and 8 students only.

All signed consent forms are to be returned to school with **one** of the three options selected.

Last name: _____ First name: _____

Date of birth: (Y/M/D) _____ Gender: Male Female Other Undifferentiated

School: _____

Primary phone #: _____ Secondary phone #: _____

<input type="checkbox"/>	<p>I request that this child receives the hepatitis B vaccine.</p> <p>I have read, or have been informed about hepatitis B vaccine. I have had the chance to ask questions and I understand the benefits and risks of the vaccine. Any questions that I asked have been answered to my satisfaction. This consent is valid for the period required to give the vaccine (up to 24 months), unless cancelled in writing.</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>I do not want this child to receive the hepatitis B vaccine.</p> <p>Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>This child has already received hepatitis B vaccine on these dates:</p> <p>1st dose: _____ 2nd dose: _____</p> <p>Parent/guardian signature: _____</p>

NURSE'S USE ONLY	<p>1st dose date: _____</p> <p>RN initial: _____</p> <p>Administered under the current medical directive for Recombivax HB®/Engerix-B® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).</p>	<p>2nd dose date: _____</p> <p>RN initial: _____</p> <p>Administered under the current medical directive for Recombivax HB®/Engerix-B® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).</p>
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

There is a cost for the hepatitis B vaccine for students no longer in Grade 7 to 8.

Personal information contained on this form is collected under the authority of one or more of the following: the Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990, c.H.7; Drug and Pharmacies Regulation Act, R.S.O. 1990, c. H.4 (formerly The Health Disciplines Act); the Immunization of School Pupils Act, R.S.O.1990, c.1.1; the Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, C.18., and is in compliance with the Municipal Freedom of Information and Privacy Protection Act, R.S.O. 1990, C.M.56; and the Personal Health Information Protection Act, 2004, c.3, Schedule A. This information is used to ensure that all appropriate personal care and public health services are provided, and that necessary statistics are kept. Questions about this collection should be directed to the Information & Privacy Officer at 705.522.9200.



Formulaire de consentement pour le vaccin contre l'hépatite B (Recombivax HB® ou Engerix-B®)

Financé par le secteur public uniquement pour les élèves de 7^e et de 8^e année.

Il faut retourner tous les formulaires de consentement signés à l'école et avoir choisi l'une des trois options.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : (A/M/J) _____ Genre : Masculin Féminin Autre Indifférencié

École : _____

Téléphone principal : _____ Téléphone secondaire : _____

<input type="checkbox"/>	Je demande que cet enfant reçoive le vaccin contre l'hépatite B. J'ai lu ou obtenu les renseignements relatifs au vaccin contre l'hépatite B. J'ai eu l'occasion de poser des questions et je comprends les avantages et les risques associés au vaccin. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Le présent formulaire est valide pour la période nécessaire à l'administration du vaccin (jusqu'à 24 mois), à moins d'une annulation écrite. Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____
<input type="checkbox"/>	Je ne veux pas que cet enfant reçoive le vaccin contre l'hépatite B. Signature du parent ou du tuteur : _____
<input type="checkbox"/>	Cet enfant a déjà reçu le vaccin contre l'hépatite B aux dates suivantes : 1^{re} dose: _____ 2^e dose: _____ Signature du parent ou du tuteur : _____

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER	Date de la 1^{re} dose : _____ Initiales de l'inf. aut. : _____ Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Recombivax HB® ou Engerix-B® signée par la D ^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).	Date de la 2^e dose : _____ Initiales de l'inf. aut. : _____ Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Recombivax HB® ou Engerix-B® signée par la D ^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).
-----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dans le cas des élèves qui ne sont plus en 7^e ou 8^e année, il y a des frais à déboursier pour le vaccin contre l'hépatite B.

Les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois suivantes : la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7; la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies, L.R.O. 1990, chap. H.4 (anciennement la Loi sur les sciences de la santé); la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990, chap. I.1; et la Loi sur les professions de la santé réglementées, 1991, L.O. 1991, chap. 18. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, chap. M.56, et celles de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, chap. 3, annexe A. Ces renseignements visent à assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont dispensés et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées au préposé à l'information et à la vie privée, 705.522.9200.



Human Papillomavirus (HPV) Vaccine (Gardasil 9®)

Information on vaccines for school-aged children.

Instructions for parents

1. Read this fact sheet.
2. Complete the consent form and return the form to your child's school.
3. Make sure your child eats on the day of the clinic.
4. Make sure your child wears a short sleeve shirt on the day of the clinic.
5. If your child misses any doses, book an appointment at Public Health Sudbury & Districts.

What is Gardasil 9®?

Gardasil 9® is a safe and effective vaccine that offers protection against nine strains of human papillomavirus (HPV). For full protection against HPV, multiple doses* of Gardasil 9® are needed. All doses should be given within one year of starting the series.

It is most effective when given before the person is exposed to HPV. It will not protect against types of HPV a person has already been exposed to.

*Depending on the age of the child, two or three doses are required.

What is HPV?

There are many different strains of HPV that can cause the following diseases:

- abnormal and precancerous cervical lesions
- cervical cancer
- vaginal and vulvar cancers
- anal and penile cancers
- cancers of the mouth and throat
- genital warts

How is HPV spread?

A person can be infected through skin-to-skin sexual contact with an infected person (it can spread without having intercourse).

Who should get the HPV vaccine?

The vaccine is **recommended** and is available at no cost for all Grade 7 students through Public Health Sudbury & Districts.

Who should not get the HPV vaccine?

- students who have a fever or any illness more serious than a minor cold on the day of the clinic
- students who had reactions and have allergies to any ingredient in the vaccine (aluminum, polysorbate 80, L-histidine, sodium chloride, or sodium borate and yeast)

What are the possible side effects of this vaccine?

The most commonly reported side effects include:

- redness, swelling, pain, or itching at the injection site
- slight fever
- nausea
- vomiting
- dizziness
- headache

Severe reactions are rare.

Call your health care provider immediately if your child experiences any of the following reactions after being vaccinated:

- trouble breathing
- swelling of the face or mouth
- fever over 40°C (104°F)
- hives or rash
- any other serious problem

Your child will be monitored by a nurse for 15 minutes post-vaccination.

For more information or to report vaccinations given by other health care providers, contact Public Health Sudbury & Districts.



Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (Gardasil 9®)

Renseignements pour les enfants d'âge scolaire

Consignes à l'intention des parents

1. Lisez la présente feuille de renseignements.
2. Remplissez le formulaire de consentement et retournez-le à l'école de votre enfant.
3. Assurez-vous que votre enfant mange le jour de la séance.
4. Assurez-vous que votre enfant porte une chemise ou un chandail à manches courtes le jour de la séance.
5. Si votre enfant manque l'une ou l'autre des doses, prenez rendez-vous au Santé publique Sudbury et districts.

Qu'est-ce que le vaccin Gardasil 9®?

Gardasil 9® est un vaccin sûr et efficace qui offre une protection contre neuf souches du virus du papillome humain (VPH). Afin que la protection contre le VPH soit complète, il faut administrer des doses multiples* de Gardasil 9®. Toutes les doses devraient être administrées dans l'année qui suit le début de la série.

Il est surtout efficace lorsqu'il est administré avant l'exposition au VPH. Il ne protège pas contre les types de VPH auxquels une personne a déjà été exposée.

*Selon l'âge de l'enfant, il faut deux ou trois doses.

Qu'est-ce que le VPH?

Il existe bien des souches différentes de VPH qui peuvent causer les maladies suivantes :

- lésions cervicales anormales et précancéreuses
- cancer du col de l'utérus
- cancers du vagin et de la vulve
- cancers de l'anus et du pénis
- cancers de la bouche et de la gorge
- verrues génitales

Comment le VPH se propage-t-il?

Une personne peut être infectée par un contact sexuel peau à peau avec une personne infectée.

Qui devrait recevoir le vaccin contre le VPH?

Le vaccin est recommandé et est offert sans frais dans le cas de tous les élèves de 7^e année par l'entremise du Santé publique Sudbury et districts.

Qui ne devrait pas recevoir le vaccin contre le VPH?

- les élèves qui font de la fièvre ou sont atteintes d'un trouble plus grave qu'un rhume mineur le jour de la clinique; elles devraient attendre de se sentir mieux
- les élèves qui ont connu des réactions ou ont des allergies à un ingrédient du vaccin (l'aluminium, le polysorbate 80, la L-histidine, le chlorure de sodium, le borate de sodium ou la levure)

Quels peuvent être les effets secondaires du vaccin?

Les effets secondaires les plus communs sont les suivants :

- douleur, enflure, démangeaison et rougeur au site d'injection
- légère fièvre
- nausées
- vomissements
- vertige
- maux de tête

Les réactions graves sont rares.

Appelez votre fournisseur de soins de santé immédiatement si votre enfant présente l'une ou l'autre des réactions qui suivent après s'être fait vacciner :

- difficultés respiratoires
- enflure du visage ou de la bouche
- fièvre de plus de 40 °C (104 °F)
- urticaire ou éruption cutanée
- tout autre problème grave

Votre enfant sera surveillé par une infirmière pendant 15 minutes après la vaccination.

Afin d'en savoir plus ou de déclarer des vaccinations effectuées par d'autres fournisseurs de soins de santé, communiquez avec le Santé publique Sudbury et districts.



Consent for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine (Gardasil 9®)

Publicly funded for Grade 7 students only.

All signed consent forms are to be returned to school with **one** of the three options selected.

Last name: _____ First name: _____

Date of birth: (Y/M/D) _____ Gender: Male Female Other Undifferentiated

School: _____

Primary phone #: _____ Secondary phone #: _____

<input type="checkbox"/>	<p>I request that this child receives the HPV vaccine.</p> <p>I have read, or have been informed about HPV vaccine. I have had the chance to ask questions and I understand the benefits and risks of the vaccine. Any questions that I asked have been answered to my satisfaction. This consent is valid for the period required to give the vaccine (up to 24 months), unless cancelled in writing.</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>I do not want this child to receive the HPV vaccine.</p> <p>Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>This child has already received HPV vaccine series on these dates:</p> <p>1st dose: _____ 2nd dose: _____ 3rd dose: _____</p> <p>Parent/guardian signature: _____</p>

NURSE'S USE ONLY	1 st dose date: _____	2 nd dose date: _____	IF NECESSARY
	RN initial: _____	RN initial: _____	3 rd dose date: _____
	Administered under the current medical directive for Gardasil 9® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).	Administered under the current medical directive for Gardasil 9® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).	Administered under the current medical directive for Gardasil 9® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).

Personal information contained on this form is collected under the authority of one or more of the following: the Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990, c.H.7: Drug and Pharmacies Regulation Act, R.S.O. 1990, c. H.4 (formerly The Health Disciplines Act); the Immunization of School Pupils Act, R.S.O.1990, c.I.1; the Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, C.18, and is in compliance with the Municipal Freedom of Information and Privacy Protection Act, R.S.O. 1990, C.M.56; and the Personal Health Information Protection Act, 2004, c.3, Schedule A. This information is used to ensure that all appropriate personal care and public health services are provided, and that necessary statistics are kept. Questions about this collection should be directed to the Information & Privacy Officer at 705.522.9200.



Formulaire de consentement pour le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) (Gardasil 9®)

Financé par le secteur public uniquement pour les élèves de 7^e année.

Il faut retourner tous les formulaires de consentement signés à l'école et avoir choisi **l'une** des trois options.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : (A/M/J) _____ Genre : Masculin Féminin Autre Indifférencié

École : _____

Téléphone principal : _____ Téléphone secondaire : _____

<input type="checkbox"/>	<p>Je demande que cet enfant reçoive le vaccin contre le VPH.</p> <p>J'ai lu ou obtenu les renseignements relatifs au vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). J'ai eu l'occasion de poser des questions et je comprends les avantages et les risques associés au vaccin. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Le présent formulaire est valide pour la période nécessaire à l'administration du vaccin (jusqu'à 24 mois), à moins d'une annulation écrite.</p> <p>Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je ne veux pas que cet enfant reçoive le vaccin contre le VPH.</p> <p>Signature du parent ou du tuteur : _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Cet enfant a déjà reçu le vaccin contre le VPH aux dates suivantes :</p> <p>1^{re} dose: _____ 2^e dose: _____ 3^e dose: _____</p> <p>Signature du parent ou du tuteur : _____</p>

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER	<p>Date de la 1^{re} dose : _____</p> <p>Initiales de l'inf. aut. : _____</p> <p>Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Gardasil 9® signée par la D^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).</p>	<p>Date de la 2^e dose : _____</p> <p>Initiales de l'inf. aut. : _____</p> <p>Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Gardasil 9® signée par la D^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).</p>	<p>AU BESOIN</p> <p>Date de la 3^e dose : _____</p> <p>Initiales de l'inf. aut. : _____</p> <p>Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Gardasil 9® signée par la D^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).</p>

Les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois suivantes : la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7; la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies, L.R.O. 1990, chap. H.4 (anciennement la Loi sur les sciences de la santé); la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990, chap. I.1; et la Loi sur les professions de la santé réglementées, 1991, L.O. 1991, chap. 18. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, chap. M.56, et celles de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, chap. 3, annexe A. Ces renseignements visent à assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont dispensés et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées au déposé à l'information et à la vie privée, 705.522.9200.



Meningococcal Vaccine (Menactra® A, C, Y and W-135)

Information on vaccines for school-aged children.

Instructions for parents

1. Read this fact sheet.
2. Complete the consent form and return the form to your child's school.
3. Make sure your child eats on the day of the clinic.
4. Make sure your child wears a short sleeve shirt on the day of the clinic.
5. If your child misses any doses, book an appointment at Public Health Sudbury & Districts.

What is Menactra® A, C, Y and W-135?

Menactra® is a safe and effective vaccine that offers protection against types A, C, Y and W-135 of invasive meningococcal disease (IMD).

What is IMD (A, C, Y and W-135)?

Each of these four types of IMD can cause a very serious bacterial infection. Very quickly, IMD can cause swelling around the brain or spinal cord or a serious blood infection leading to severe complications (including deafness, paralysis, loss of limbs) and death. The bacteria are found in the throat and nose in 10% of healthy individuals.

Symptoms of IMD include fever, severe headache, stiff neck, nausea, vomiting, and sometimes a rash. Outbreaks of meningococcal disease have occurred in schools in Canada.

How is IMD spread?

A person can be infected through:

- sharing food, drinks, lip balm
- kissing, coughing or sneezing
- close contact with secretions from the nose or throat of an infected person

Who should get the IMD vaccine?

The vaccine is **required** to attend school in Ontario, and is available at no cost for all Grade 7 students through Public Health Sudbury & Districts. Your child may be suspended from school if they are not immunized or do not have a valid exemption.

Who should not get IMD vaccine?

- students who have a fever or any illness more serious than a minor cold on the day of the clinic
- students who have had reactions and have allergies to any ingredient in the vaccine (diphtheria toxoid protein, sodium chloride or sodium phosphate)

What are the possible side effects of this vaccine?

The most commonly reported side effects are:

- redness, warmth or slight swelling at the injection site
- headache
- slight fever
- decreased energy

Severe reactions are rare.

Call your health care provider immediately if your child experiences any of the following reactions after being vaccinated:

- trouble breathing
- swelling of the face or mouth
- fever over 40°C (104°F)
- hives or rash
- any other serious problem

Your child will be monitored by a nurse for 15 minutes post-vaccination.

If your child has previously received a meningitis C vaccine (Menjugate® or Neis-Vac®), it is recommended that they still receive the Menactra® vaccine. Menactra® A, C, Y and W-135 should not be given for at least four weeks after the meningitis C vaccine.

For more information or to report vaccinations given by other health care providers, contact Public Health Sudbury & Districts.



Vaccin contre la méningococcie (Menactra® A, C, Y et W-135)

Renseignements pour les enfants d'âge scolaire

Consignes à l'intention des parents

1. Lisez la présente feuille de renseignements.
2. Remplissez le formulaire de consentement et retournez-le à l'école de votre enfant.
3. Assurez-vous que votre enfant mange le jour de la séance.
4. Assurez-vous que votre enfant porte une chemise ou un chandail à manches courtes le jour de la séance.
5. Si votre enfant manque l'une ou l'autre des doses, prenez rendez-vous au Santé publique Sudbury et districts.

Qu'est-ce que Menactra® A, C, Y et W-135?

Menactra® est un vaccin sûr et efficace qui offre une protection contre les sérogroupes A, C, Y et W-135 de la méningococcie invasive.

Qu'est-ce que la méningococcie invasive (A, C, Y et W-135)?

Chacun de ces quatre sérogroupes de méningococcie invasive peuvent causer une infection bactérienne très grave. Très vite, la méningococcie invasive peut causer une inflammation autour du cerveau ou de la moelle épinière ou une infection grave du sang qui entraîne de sévères complications et la mort. Parmi les complications figurent la surdité, la paralysie et la perte de membres. Dix pour cent de gens sont porteurs de la bactérie dans leur gorge et leur nez sans être malades.

Les symptômes incluent de la fièvre, des maux de tête graves, des raideurs au cou, des nausées, des vomissements et parfois une éruption cutanée. Des flambées de méningococcie se sont produites dans des écoles canadiennes.

Comment la méningococcie invasive se propage-t-elle?

Une personne peut être infectée par :

- le partage d'aliments, de boissons et de baume pour les lèvres
- les baisers, la toux ou les éternuements
- le contact avec les sécrétions nasales ou buccales d'une personne infectée

Qui devrait recevoir le vaccin contre la méningococcie invasive

Il faut avoir reçu le vaccin pour fréquenter l'école en Ontario, et il est offert sans frais aux élèves de 7^e année par l'entremise du Santé publique Sudbury et districts. Votre enfant risque d'être suspendu s'il n'est pas immunisé ou s'il ne présente pas un formulaire d'exemption valide.

Qui ne devrait pas recevoir le vaccin contre la méningococcie invasive?

- les élèves qui font de la fièvre ou sont atteints d'un trouble plus grave qu'un rhume mineur le jour de la séance
- les élèves qui ont connu des réactions à un ingrédient du vaccin (l'anatoxine diphtérique, le chlorure de sodium ou le phosphate de sodium)

Quels peuvent être les effets secondaires du vaccin?

Les effets secondaires les plus communs sont les suivants :

- rougeurs, chaleur ou légère enflure au site d'injection
- maux de tête
- légère fièvre
- perte d'énergie

Les réactions graves sont rares.

Appelez votre fournisseur de soins de santé immédiatement si votre enfant présente l'une ou l'autre des réactions qui suivent après s'être fait vacciner :

- difficultés respiratoires
- enflure du visage ou de la bouche
- fièvre de plus de 40 °C (104 °F)
- urticaire ou éruption cutanée
- tout autre problème grave

Votre enfant sera surveillé par une infirmière pendant 15 minutes après la vaccination.

Si votre enfant a déjà reçu un vaccin contre la méningite de type C (Menjugate® ou Neis-Vac®), il est recommandé que le Menactra® lui soit tout de même administré. Il doit s'être écoulé au moins quatre semaines entre le vaccin contre la méningite de type C et Menactra® A, C, Y et W-135.

Afin d'en savoir plus ou de déclarer des vaccinations effectuées par d'autres fournisseurs de soins de santé, communiquez avec Santé publique Sudbury et districts.



Consent for Meningococcal Vaccine (Menactra® A, C, Y and W-135)

All signed consent forms are to be returned to school with **one** of the three options selected.

Last name: _____ First name: _____

Date of birth: (Y/M/D) _____ Gender: Male Female Other Undifferentiated

School: _____

Primary phone #: _____ Secondary phone #: _____

<input type="checkbox"/>	<p>I request that this child receives the meningococcal vaccine.</p> <p>I have read, or have been informed about meningococcal vaccine. I have had the chance to ask questions and I understand the benefits and risks of the vaccine. Any questions that I asked have been answered to my satisfaction. This consent is valid for the period required to give the vaccine (up to 24 months), unless cancelled in writing.</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>I do not want this child to receive the meningococcal vaccine.</p> <p>Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>This child has already received the meningococcal vaccine.</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>

NURSE'S USE ONLY	<p>Date: _____ RN initial: _____</p> <p>Administered under the current medical directive for Menactra® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).</p>
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Personal information contained on this form is collected under the authority of one or more of the following: the Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990, c.H.7; Drug and Pharmacies Regulation Act, R.S.O. 1990, c. H.4 (formerly The Health Disciplines Act); the Immunization of School Pupils Act, R.S.O.1990, c.I.1; the Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, C.18; and is in compliance with the Municipal Freedom of Information and Privacy Protection Act, R.S.O. 1990, C.M.56; and the Personal Health Information Protection Act, 2004, c.3, Schedule A. This information is used to ensure that all appropriate personal care and public health services are provided, and that necessary statistics are kept. Questions about this collection should be directed to the Information & Privacy Officer at 705.522.9200.



Formulaire de consentement pour le vaccin contre la méningococcie (Menactra® A, C, Y et W-135)

Il faut retourner tous les formulaires de consentement signés à l'école et avoir choisi l'une des trois options.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : (A/M/J) _____ Genre : Masculin Féminin Autre Indifférencié

École : _____

Téléphone principal : _____ Téléphone secondaire : _____

<input type="checkbox"/>	<p>Je demande que cet enfant reçoive le vaccin contre la méningococcie.</p> <p>J'ai lu ou obtenu les renseignements relatifs au vaccin contre la méningococcie. J'ai eu l'occasion de poser des questions et je comprends les avantages et les risques associés au vaccin. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Le présent formulaire est valide pour la période nécessaire à l'administration du vaccin (jusqu'à 24 mois), à moins d'une annulation écrite.</p> <p>Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Je ne veux pas que cet enfant reçoive le vaccin contre la méningococcie.</p> <p>Signature du parent ou du tuteur : _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Cet enfant a déjà reçu le vaccin contre la méningococcie.</p> <p>Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____</p>

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER	<p>Date: _____ Initiales de l'inf. aut.: _____</p> <p>Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Menactra® signée par la D^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).</p>
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois suivantes : la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7; la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies, L.R.O. 1990, chap. H.4 (anciennement la Loi sur les sciences de la santé); la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990, chap. I.1; et la Loi sur les professions de la santé réglementées, 1991, L.O. 1991, chap. 18. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, chap. M.56, et celles de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, chap. 3, annexe A. Ces renseignements visent à assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont dispensés et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées au préposé à l'information et à la vie privée, 705.522.9200.



Tdap Vaccine (Adacel® or Boostrix®)

Information on vaccines for school-aged children.

Instructions

1. Read this fact sheet.
2. Complete the consent form and return the form to your child's school.
3. Make sure you or your child eat on the day of the clinic.
4. Make sure your or your child wears a short sleeve shirt on the day of the clinic.
5. If you or your child miss any doses, book an appointment at Public Health Sudbury & Districts.

What is the Adacel® or Boostrix® vaccine?

Safe and effective vaccines that offer protection against tetanus, diphtheria, and pertussis (Tdap).

What is tetanus?

Tetanus is a bacteria that is usually found in dust, soil, and manure. It enters the body through broken skin, usually by way of a cut or puncture wound caused by contaminated objects which may result in an infection.

Symptoms of tetanus infection may include:

- stiffness in the jaw and neck, followed by stiffening of the muscles in the arms, legs, and stomach
- difficulty swallowing
- lung infections
- painful muscle contractions or spasms—muscle spasms can be so intense that bones can break

What is diphtheria?

Diphtheria is a bacteria that can cause a very serious respiratory infection.

Symptoms of a diphtheria infection may include:

- mild fever
- sore throat, difficulty swallowing and breathing
- feeling generally unwell
- loss of appetite
- a thick greyish-white material covering the back of the throat

What is pertussis?

Pertussis, sometimes called “whooping cough” is a very contagious infection of the respiratory system caused by a bacteria.

The illness usually starts with cold-like symptoms with mild fever and cough. After 1 to 2 weeks, severe coughing can begin and may lead to vomiting and fatigue.

Who should get the Tdap vaccine?

The vaccine is **required** to attend school in Ontario, and is available at no cost through Public Health Sudbury & Districts or your health care provider. You or your child may be suspended from school if they are not immunized or do not have a valid exemption.

A Tdap booster is due 10 years from the date you or your child received his/her last diphtheria, tetanus, pertussis and polio vaccine, which is usually given between the ages of 4 to 6 years of age.

Who should not get the Tdap vaccine?

- Anyone with an allergy to any part of the vaccine or has had an allergic reaction to a past dose of this vaccine, a tetanus, diphtheria, or pertussis vaccine.
- Students who have a fever or any illness more serious than a minor cold on the day of the clinic.

What are the possible side effects of this vaccine?

- redness, warmth or slight swelling at the injection site
- slight fever
- decreased energy

Severe reactions are rare.

Call your health care provider immediately if you or your child experiences any of the following reactions after being vaccinated:

- trouble breathing
- swelling of the face or mouth
- fever over 40°C (104°F)
- hives or rash
- any other serious problem

You or your child will be monitored for 15 minutes post-vaccination.

For more information or to report vaccinations given by other health care providers, contact Public Health Sudbury & Districts.



Vaccin dcaT (Adacel® ou Boostrix®)

Information sur la vaccination des enfants d'âge scolaire.

Consignes

1. Lisez la présente feuille de renseignements.
2. Remplissez le formulaire de consentement et retournez-le à l'école de votre enfant.
3. Assurez-vous que vous ou votre enfant mange le jour de la séance.
4. Assurez-vous que vous ou votre enfant porte une chemise ou un chandail à manches courtes le jour de la séance.
5. Si vous ou votre enfant manque l'une ou l'autre des doses, prenez rendez-vous au Santé publique Sudbury et districts.

Que sont les vaccins Adacel® et Boostrix®?

Il s'agit de vaccins sûrs et efficaces qui offrent une protection contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dcaT).

De multiples doses s'imposent pour assurer une pleine protection contre dcaT.

Qu'est-ce que le tétanos?

L'infection peut se produire lorsque la bactérie responsable du tétanos, généralement présente dans la poussière, le sol et le fumier, pénètre dans le corps par la peau brisée, normalement une coupure ou une perforation causée par un objet contaminé.

Voici quels peuvent être les symptômes de l'infection de la bactérie du tétanos :

- raideur à la mâchoire et au cou, suivie d'une raideur des muscles dans les bras, les jambes et le ventre
- déglutition difficile
- infections aux poumons
- contractions ou spasmes musculaires douleurs (les spasmes peuvent être intenses au point de briser des os)

Qu'est-ce que la diphtérie?

La diphtérie est une infection respiratoire très grave et d'origine bactérienne.

Voici quels peuvent être les symptômes de l'infection de la bactérie de la diphtérie :

- légère fièvre
- maux de gorge, difficultés respiratoires et problèmes de déglutition
- sensation de malaise généralisée
- perte d'appétit
- épaisse matière blanc grisâtre recouvrant le fond de la gorge

Qu'est-ce que la coqueluche?

La coqueluche est une infection très contagieuse du système respiratoire qui est d'origine bactérienne.

La maladie commence généralement par des symptômes s'apparentant à ceux du rhume, accompagnés d'une légère fièvre et de toux. Après une semaine ou deux, une grave toux peut se déclencher et entraîner des vomissements et de la fatigue.

Qui devrait recevoir le vaccin dcaT?

Il faut avoir reçu le vaccin pour fréquenter l'école en Ontario. Il est offert gratuitement par l'entremise du Santé publique Sudbury et districts ou de votre fournisseur de soins de santé. Vous ou votre enfant risque d'être suspendu s'il n'est pas immunisé ou ne présente pas un formulaire d'exemption valide.

Une dose de rappel dcaT doit être administrée 10 ans après que vous ou votre enfant a reçu son dernier vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la polio, généralement à l'âge de 4 à 6 ans.

Qui ne devrait pas recevoir le vaccin dcaT?

- les personnes allergiques à une composante du vaccin ou qui ont connu une réaction allergique au vaccin ou à un vaccin le tétanos, la diphtérie ou anticoquelucheux
- les élèves fiévreux ou atteints d'un trouble plus grave qu'un rhume mineur le jour de la séance

Quels peuvent être les effets secondaires du vaccin?

- rougeurs, chaleur ou légère enflure au site d'injection
- légère fièvre
- perte d'énergie

Les réactions graves sont rares.

Appelez votre fournisseur de soins de santé immédiatement si vous ou votre enfant présente l'une ou l'autre des réactions qui suivent après s'être fait vacciner :

- difficultés respiratoires
- enflure du visage ou de la bouche
- fièvre de plus de 40 °C (104 °F)
- urticaire ou éruption cutanée
- tout autre problème grave

Vous ou votre enfant sera surveillé pendant 15 minutes après la vaccination.

Afin d'en savoir plus ou de déclarer des vaccinations effectuées par d'autres fournisseurs de soins de santé, communiquez avec Santé publique Sudbury et districts.



Consent for Tdap Vaccine (Adacel® or Boostrix®)

All signed consent forms are to be returned to school with **one** of the four options selected.

Last name: _____ First name: _____

Date of birth: (Y/M/D) _____ Gender: Male Female Other Undifferentiated

School: _____

Primary phone #: _____ Secondary phone #: _____

<input type="checkbox"/>	<p>I am 16 years of age or older and provide my own consent to receive the Tdap vaccine.</p> <p>Date: _____ Student signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>I request that this child receives the Tdap vaccine.</p> <p>I have read, or have been informed about Tdap vaccine. I have had the chance to ask questions and I understand the benefits and risks of the vaccine. Any questions that I asked have been answered to my satisfaction. This consent is valid for the period required to give the vaccine (up to 24 months), unless cancelled in writing.</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>I do not want this child to receive the Tdap vaccine.</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p>This child has already received Tdap vaccine on this date:</p> <p>Date: _____ Parent/guardian signature: _____</p>

NURSE'S USE ONLY	<p>Date: _____ RN signature: _____</p> <p>Administered under the current medical directive for Adacel®/Boostrix® vaccine signed by Dr. A. Zbar (Associate Medical Officer of Health for Public Health Sudbury & Districts).</p>
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Personal information contained on this form is collected under the authority of one or more of the following: the Health Protection and Promotion Act, R.S.O. 1990, c.H.7; Drug and Pharmacies Regulation Act, R.S.O. 1990, c. H.4 (formerly The Health Disciplines Act); the Immunization of School Pupils Act, R.S.O.1990, c.I.1; the Regulated Health Professions Act, 1991, S.O. 1991, C.18., and is in compliance with the Municipal Freedom of Information and Privacy Protection Act, R.S.O. 1990, C.M.56; and the Personal Health Information Protection Act, 2004, c.3, Schedule A. This information is used to ensure that all appropriate personal care and public health services are provided, and that necessary statistics are kept. Questions about this collection should be directed to the Information & Privacy Officer at 705.522.9200.



Formulaire de consentement pour le vaccin dcaT (Adacel® ou Boostrix®)

Il faut retourner tous les formulaires de consentement signés à l'école et avoir choisi **l'une** des quatres options.

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : (A/M/J) _____ Genre : Masculin Féminin Autre Indifférencié

École : _____

Téléphone principal : _____ Téléphone secondaire : _____

<input type="checkbox"/>	J'ai 16 ans ou plus et je peux consentir moi-même à recevoir le vaccin dcaT. Date : _____ Signature de l'étudiant : _____
<input type="checkbox"/>	Je demande que cet enfant reçoive le vaccin dcaT. J'ai lu ou obtenu les renseignements relatifs au vaccin dcaT. J'ai eu l'occasion de poser des questions et je comprends les avantages et les risques associés au vaccin. J'ai obtenu des réponses satisfaisantes à toutes mes questions. Le présent formulaire est valide pour la période nécessaire à l'administration du vaccin (jusqu'à 24 mois), à moins d'une annulation écrite. Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____
<input type="checkbox"/>	Je ne veux pas que cet enfant reçoive le vaccin dcaT. Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____
<input type="checkbox"/>	Cet enfant a déjà reçu le vaccin dcaT. Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____

RÉSERVÉ AU PERSONNEL INFIRMIER	Date : _____ Signature de l'inf. aut. : _____ Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Adacel® ou Boostrix® signée par la Dre A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).
-----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les renseignements personnels recueillis sur ce formulaire le sont en vertu de l'autorité conférée par l'une ou plusieurs des lois suivantes : la Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7; la Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies, L.R.O. 1990, chap. H.4 (anciennement la Loi sur les sciences de la santé); la Loi sur l'immunisation des élèves, L.R.O. 1990, chap. I.1; et la Loi sur les professions de la santé réglementées, 1991, L.O. 1991, chap. 18. Cette collecte de renseignements respecte les dispositions de la Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée, L.R.O. 1990, chap. M.56, et celles de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé, chap. 3, annexe A. Ces renseignements visent à assurer que tous les soins personnels et tous les services de santé publique appropriés sont dispensés et que les statistiques nécessaires sont tenues. Les questions concernant cette collecte de renseignements devraient être envoyées au préposé à l'information et à la vie privée, 705.522.9200.