

Human Papillomavirus (HPV) Vaccine (Gardasil 9®)

Information on vaccines for school-aged children.

Instructions for parents

1. Read this information 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 needs doses, book an appointment at Public Health Sudbury & Districts.

What is human papillomavirus (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?

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

What is the Gardasil 9® vaccine?

Gardasil 9® is a safe and effective vaccine that offers protection against nine strains of HPV. For full protection against HPV, many doses* of the vaccine are needed within a one-year period.

The vaccine is most effective when given before the person is exposed to HPV by sexual contact.

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

Who should get the Gardasil 9® vaccine?

The vaccine is recommended and available at no cost at Public Health Sudbury & Districts:

- males grade 7-11
- females grade 7-12

Who should not get the Gardasil 9® vaccine?

- students who have a fever or any illness more serious than a minor cold on the day of the clinic
- students with allergies to yeast, polysorbate 80, L-histidine, sodium chloride, or sodium borate

What are the possible side effects of this vaccine?

The most common reported side effects are:

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

Severe reactions are rare.

Call your health care provider if your child has any of the following reactions:

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

A nurse will keep an eye on your child for 15 minutes after vaccination.

Visit phsd.ca/studentvaccines for information or to report vaccinations given by other health care providers.



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 doit recevoir des doses, prenez rendez-vous à Santé publique Sudbury et districts.

Qu'est-ce que le virus du papillome humain (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. Le virus peut se propager sans qu'il y ait une relation sexuelle.

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* dans un délai d'un an.

Il est surtout efficace lorsqu'il est administré avant l'exposition au VPH par contact sexuel.

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

Qui devrait recevoir le vaccin Gardasil 9® ?

Le vaccin est recommandé et est offert sans frais à Santé publique Sudbury et districts dans le cas des élèves suivants :

- les garçons de la 7^e à la 11^e année
- les filles de la 7^e à la 12^e année

Qui ne devrait pas recevoir le vaccin Gardasil 9® ?

- les élèves qui font de la fièvre ou sont atteints d'un trouble plus grave qu'un rhume mineur le jour de la clinique
- les élèves allergiques à la levure, au polysorbate 80, à la L-histidine, au chlorure de sodium ou au borate de sodium

Quels peuvent être les effets secondaires du vaccin ?

Les effets secondaires les plus communs sont les suivants :

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

Les réactions graves sont rares.

Appelez votre fournisseur de soins de santé 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, allez à la page phsd.ca/vaccinseleves.



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

Available at no cost for males grade 7-11 and females grade 7-12.

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: _____

School: _____

Primary phone #: _____ Secondary phone #: _____

I request that this child receives the HPV vaccine.
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.
Date: _____ Parent/guardian signature: _____

I do not want this child to receive the HPV vaccine.
Parent/guardian signature: _____

This child has already received the HPV vaccine on these dates:
1st dose date: _____ 2nd dose date: _____ 3rd dose date: _____
Parent/guardian signature: _____

Nurse's use only

1st dose date: _____

2nd dose date: _____

RN initial: _____

RN initial: _____

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).

IF NECESSARY

3rd dose date: _____

RN initial: _____

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®)

Offert sans frais aux garçons de la 7^e à la 11^e année et aux filles de la 7^e à la 12^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 : _____

École : _____

Téléphone principal : _____ Téléphone secondaire : _____

Je demande que cet enfant reçoive le vaccin contre le VPH.

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.

Date : _____ Signature du parent ou du tuteur : _____

Je ne veux pas que cet enfant reçoive le vaccin contre le VPH.

Signature du parent ou du tuteur : _____

Cet enfant a déjà reçu le vaccin contre le VPH aux dates suivantes :

Date de la 1^{re} dose: _____ Date de la 2^e dose: _____ Date de la 3^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 Gardasil 9® 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 Gardasil 9® signée par la D^{re} A. Zbar (médecin-hygiéniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).

AU BESOIN

Date de la 3^e dose : _____

Initiales de l'inf. aut. : _____

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).

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.

Santé publique Sudbury et districts
phsd.ca • tél. : 705.522.9200, poste 458
sans frais : 1.866.522.9200 • téléc. : 705.677.9618



Public Health
Santé publique
SUDBURY & DISTRICTS