

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

renseignements sur les vaccins destinés aux 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 de l'hépatite B ?

Le virus de l'hépatite B cause une inflammation du foie et parfois une maladie hépatique de longue durée. Le foie aide à digérer les aliments et à éliminer les toxines du corps. Environ 10 % des personnes atteintes de l'hépatite B 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 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 avec le sang ou les fluides corporels de sa mère, à la naissance.

## Qu'est-ce que le vaccin contre l'hépatite B (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.

## 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<sup>e</sup> ou de 8<sup>e</sup> année à Santé publique Sudbury et districts.

## 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 allergiques au latex, à la levure, au chlorure de sodium, au borate de sodium, au formaldéhyde, au dihydrate de phosphate disodique, au polysorbate 20, et au dihydrogénophosphate de sodium dihydraté

## 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, allez à la page [phsd.ca/vaccinseleves](http://phsd.ca/vaccinseleves).



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

Offert sans frais uniquement aux élèves de 7<sup>e</sup> et de 8<sup>e</sup> 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 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 : \_\_\_\_\_

**Je ne veux pas que cet enfant reçoive le vaccin contre l'hépatite B.**

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

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

Date de la 1<sup>re</sup> dose: \_\_\_\_\_ Date de la 2<sup>e</sup> dose: \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

## Réserve au personnel infirmier

Date de la 1<sup>re</sup> dose : \_\_\_\_\_

Date de la 2<sup>e</sup> dose : \_\_\_\_\_

Initiales de l'inf. aut. : \_\_\_\_\_

Initiales de l'inf. aut. : \_\_\_\_\_

Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Recombivax HB® ou Engerix-B® signée par la D<sup>r</sup> A. Zbar (médecin-hygieniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).

Administré selon la directive médicale courante concernant le vaccin Recombivax HB® ou Engerix-B® signée par la D<sup>r</sup> A. Zbar (médecin-hygieniste adjointe du Santé publique Sudbury et districts).

## Dans le cas des élèves qui ne sont plus en 7<sup>e</sup> ou 8<sup>e</sup> année, il y a des frais à débourser 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.

Santé publique Sudbury et districts

phsd.ca • tél. : 705.522.9200, poste 458

sans frais : 1.866.522.9200 • téléc. : 705.677.9618

jaune



**Public Health  
Santé publique**  
SUDBURY & DISTRICTS