

Immunization program in Grade 4

Informations for parents



Vaccines offered freely to students in Grade 4

HPV
vaccine



Hepatitis
A and B
vaccine



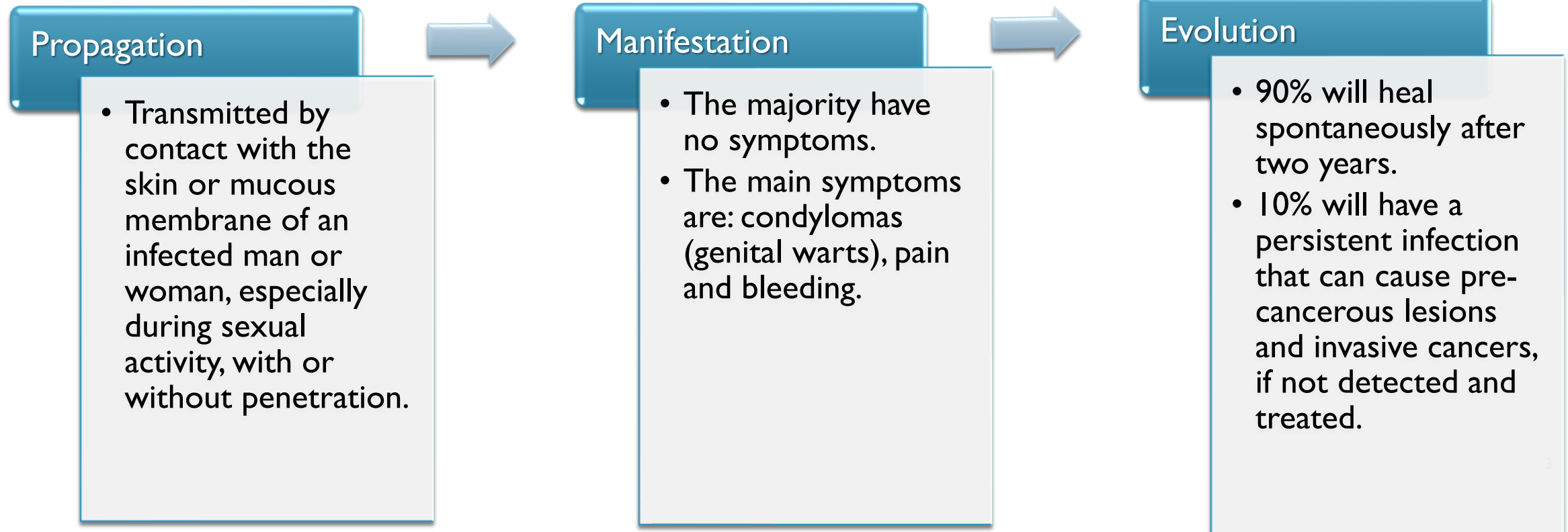
Has your child ever received hepatitis A or B vaccines?

Consult the pamphlet of the Ministry of Health and Social Services about the vaccines offered to Grade 4 students. If you have any other questions, contact the school nurse.

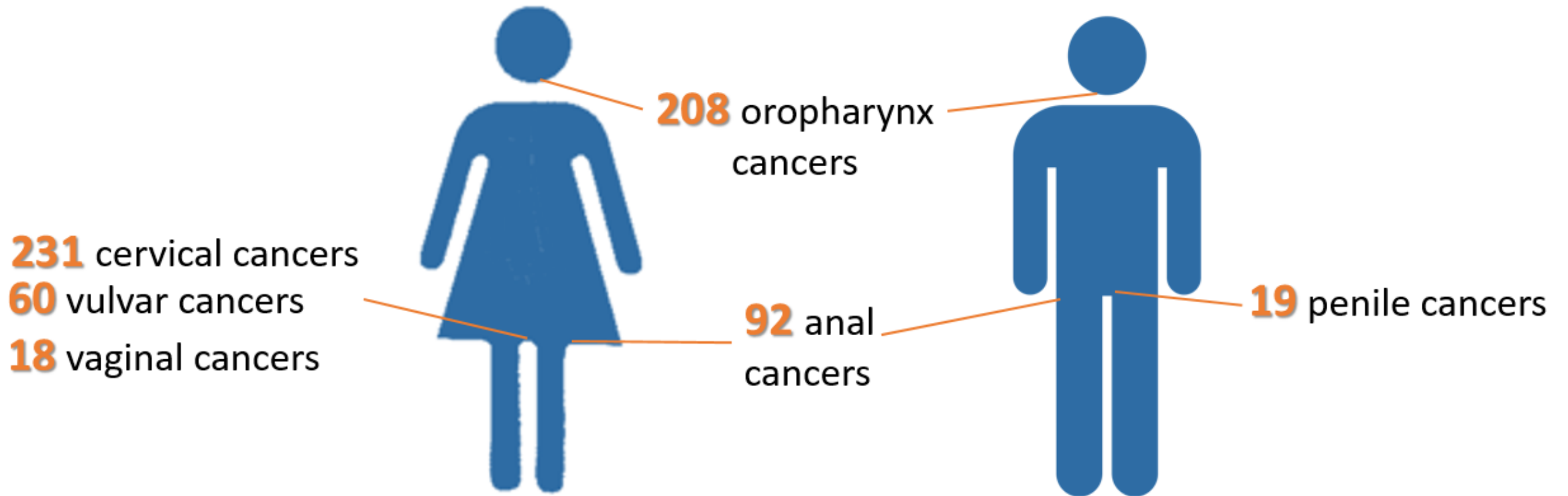


Human papillomavirus (HPV) summary

- HPV is very easily transmitted and is extremely contagious.
 - Approximately 3 out of 4 sexually active people will contract at least one HPV at minimum once in their lifetime if they are not vaccinated.



Average number of HPV-related cancers potentially preventable by vaccination each year in Quebec



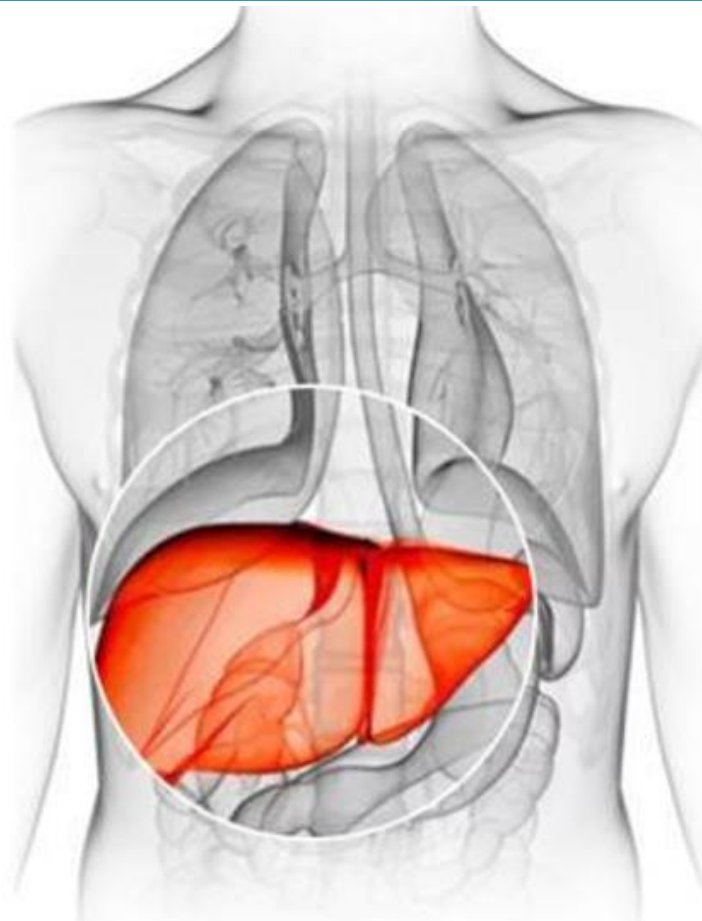
Hepatitis A in brief

- 1 Hepatitis A is a virus that infects the liver. It is very contagious.



- 2 It is transmitted through contaminated food or water or through contact with contaminated stools.

- 3 **Possible evolution:**
Persistent fatigue during the long healing process. Healing can take weeks or months.



WHAT ARE THE SYMPTOMS?

Jaundice



Nausea
Vomiting



Abdominal
pain



HOW IT SPREADS?

Direct
contact



Contaminated
food



Contaminated
water



Hepatitis B in brief

- 1 Hepatitis B is a serious and deadly liver disease.



- 2 It is transmitted by blood (bites, tattoo, piercing) and sexual intercourses.

- 3 **Possible complications:** chronic liver infection, cirrhosis, liver cancer and death.



WHAT ARE THE SYMPTOMS?

Jaundice



Nausea
Vomiting



Abdominal
pain



HOW IT SPREADS?

Sexual
transmission



Exposure to
tainted blood



Mother-child
at birth



Efficacy of offered vaccines

HPV

- Given before the onset of sexual intercourse, the efficacy is over 95%¹ in girls and boys against the HPV types included in the vaccines.²

Hepatitis A

- The vaccine is nearly 100% effective³.

Hepatitis B

- The vaccine is 95% to 100% effective³.



Possible side effects of vaccines

Frequent

- Pain, swelling or redness at the injection site of the vaccine.

Occasional

- Fever, headache, discomfort, fatigue, digestive problems, dizziness, nausea or vomiting.

Very rare

- Allergic reaction (within minutes after the injection).

Side effects generally disappear between **24 to 48 hours after** vaccination.

Giving two vaccines at the same time does not increase the side effects.



Vaccine safety monitoring

- The safety of vaccines is carefully monitored.
- Studies have shown that severe illnesses are not more frequent among vaccinated compared to unvaccinated individuals.¹
- There is a lot of false information on the Internet. Make sure your sources are reliable and accurate.
 - Example : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/vaccin-infections-par-vph/>



Vaccine consent form, Grade 4

- **Whether or not you agree to the vaccination, you must complete and return this consent form to the school.**



Santé et Services sociaux Québec DT9415

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À LA VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES A ET B ET CONTRE LES VPH EN 4^e ANNÉE DU PRIMAIRE

• Remplissez toutes les sections du formulaire y compris l'encadré ci-haut à l'aide d'un stylo.
• Signez le formulaire.
• Détachez le formulaire du dépliant et retournez-le sans délai à l'école, que vous acceptiez ou non la vaccination.

Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance	Année Mois Jour Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° d'assurance maladie	Expiration Année Mois
Adresse (N°, rue)	
Ville	Code postal

Nom de l'école		Groupes
Nom du parent 1	Nom du parent 2	Nom du tuteur (s'il y a lieu)
Votre statut : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur		Incl. rég. Numéro
Téléphone où l'on peut vous joindre		

Antécédents médicaux et vaccinaux de l'enfant

1. Votre enfant a-t-il déjà eu une réaction allergique grave qui a nécessité des soins médicaux d'urgence?
Si oui, indiquez la cause : Vaccin Autre, précisez : _____ Oui Non

2. Votre enfant a-t-il des problèmes avec son système immunitaire en raison d'une maladie (ex. : leucémie) ou d'un médicament (ex. : chimiothérapie)?
Si oui, votre enfant devra recevoir une dose de plus. Oui Non

Veillez fournir le carnet de vaccination de votre enfant lorsque l'infirmière en fera la demande, que vous acceptiez ou non la vaccination. Ces informations seront validées et consignées, incluant les doses qui seront administrées, par l'infirmière du CLSC.

Consentement (décision) du parent ou du tuteur

Comme parent ou tuteur d'un enfant de moins de 14 ans, vous devez prendre les décisions relatives à la vaccination de cet enfant. Les explications vous permettant de prendre une décision éclairée vous sont fournies dans le dépliant qui est joint à ce formulaire. Pour toute explication additionnelle sur les programmes de vaccination, veuillez communiquer avec votre CLSC ou l'infirmière de l'école.

Vous devez vous prononcer sur les points qui suivent, en cochant, pour chacun de ces points, la case indiquant votre consentement ou votre refus. Vous devez signer ensuite au bas de la section. Lorsque vous donnez votre consentement, celui-ci s'applique à toute la série vaccinale, qui comprend 1 dose de chacun des vaccins mentionnés ci-dessous.

1. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les hépatites A et B.
[En milieu scolaire, une dose de Twinrix (vaccin combiné contre les hépatites A et B) ainsi qu'une dose de Recombivax HB (vaccin contre l'hépatite B) sont administrées].
 JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ces vaccins.
 JE REFUSE que mon enfant reçoive ces vaccins.
 NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les hépatites A et B ou a déjà fait l'hépatite A et l'hépatite B.

2. Indiquez si vous acceptez ou si vous refusez que votre enfant soit vacciné contre les VPH (virus du papillome humain).
[En milieu scolaire, une dose de Gardasil 9 (vaccin qui protège contre 9 types de VPH) et une dose de Cervarix (vaccin qui protège contre 2 types de VPH) sont administrées].
 JE CONSENS à ce que mon enfant reçoive ces vaccins.
 JE REFUSE que mon enfant reçoive ces vaccins.
 NE S'APPLIQUE PAS car mon enfant a déjà été vacciné contre les VPH.

Signature du parent ou du tuteur	Date	Année	Mois	Jour
----------------------------------	------	-------	------	------

For more information

You will receive by the school nurse:

- A pamphlet about vaccination by the Ministry of Health and Social Services

Suggested websites

- Ministry of Health and Social Services: www.quebec.ca/sante/conseils-etprevention/vaccination/
- Ministry of Health and Social Services (Parents' information about sexual education): <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/en/document-001666/>
- Government of Canada: <https://immunize.ca/>
- Canadian Pediatric Society: <https://www.caringforkids.cps.ca/>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada: <http://infovph.ca> ; <https://www.sexandu.ca/>
- Naître et grandir: <https://naitreetgrandir.com/fr/>



Presentation made by :

*Institut national
de santé publique*
Québec 

In collaboration with :

*Santé
et Services sociaux*
Québec 