



Vaccination contre le Papillomavirus humain (HPV)

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

Madame, Monsieur, Chers parents,

Notre service/centre se propose de vacciner **gratuitement** les élèves contre des infections à papillomavirus humain (HPV). La vaccination complète comporte 2 doses, une première dose suivie 5 mois plus tard d'une deuxième dose. Cette vaccination pourra se faire au cours de l'année scolaire, mais seulement **avec l'accord parental (autorisation signée)**.

LE VACCIN PROTÈGE CONTRE DES INFECTIONS LIÉES AU PAPILLOMAVIRUS HUMAIN :

Il existe une centaine de Papillomavirus humains. Une quarantaine d'entre eux peuvent provoquer des verrues génitales et/ou des cancers (au niveau génital et de la gorge). Ces virus sont courants, très contagieux et se transmettent lors de contacts intimes et des relations sexuelles. La vaccination ne protège pas contre tous les types de virus HPV mais contre les plus fréquemment incriminés dans les cancers.

LA VACCINATION :

Votre enfant recevra les injections dans le haut du bras.

RÉACTIONS APRÈS LA VACCINATION :

Certains effets indésirables sont possibles après une vaccination. Ils sont généralement sans gravité et ne durent que quelques jours: rougeur, légère douleur à l'endroit où l'injection du vaccin est faite et fièvre de courte durée. De légers maux de tête, nausées et vertiges sont également possibles.

Prenez contact avec votre médecin traitant si les effets indésirables durent plus longtemps ou ne s'améliorent pas.

QUI PEUT VACCINER ?

L'équipe de médecine scolaire peut vacciner gratuitement votre enfant.

Votre médecin traitant peut également vacciner. Le vaccin est gratuit, mais uniquement s'il est commandé par votre médecin. Vous ne devez donc pas l'acheter en pharmacie. Contactez votre médecin pour plus d'information. La consultation reste toutefois payante.

AUTORISATION DE VACCINATION

Merci de nous renseigner votre choix à la page suivante.

Pour plus d'informations sur la vaccination : www.vaccination-info.be



La participation de l'enfant au programme de vaccination engendre un traitement de données à caractère personnel pour lequel l'ONE est responsable de traitement.

Le traitement de données est obligatoire, en vue de documenter les actes médicaux réalisés auprès du public bénéficiaire (loi du 28/08/2002 relative aux droits du patient).

Afin d'assurer le suivi des vaccinations, si votre enfant est inscrit à un des réseaux de santé belge, les données récoltées dans le cadre des vaccinations pourront être communiquées à des professionnels des soins de santé qui ont un lien thérapeutique avec le patient (pédiatres, médecins généralistes, consultations d'urgence, services de promotion de la santé à l'école). Les données seront conservées dans le dossier médical de votre enfant durant 30 ans.

Les données sont également anonymisées (cela signifie que votre enfant ne peut absolument plus être identifié) en vue de leur traitement ultérieur à des fins d'épidémiologie et de statistique. Ce traitement permet notamment d'évaluer la qualité et l'efficacité du programme de vaccination en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Vous disposez (sans frais), notamment, d'un droit d'accès et de correction aux données concernant votre enfant. Pour découvrir l'ensemble des droits dont vous disposez consulter la page : <https://www.one.be/one-cookies>.

Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (responsable du traitement) à l'adresse suivante : DPO, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles ou vous rendre sur la page : <https://www.one.be/public/contact/vie-privée>.

► AUTORISATION À COMPLÉTER



Autorisation de vaccination 2022 - 2023

(Ce document est destiné au médecin et à l'infirmier(ère) de l'école)

NOM, Prénom de l'élève :

Date de naissance : / /

Ecole :

Classe :

Apposer ici **UNE VIGNETTE DE MUTUELLE AU NOM DE L'ENFANT** ou noter son **NUMÉRO NATIONAL BELGE** : - -



VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA CARTE DE VACCINATIONS DE VOTRE ENFANT OU DES PAGES VACCINATION DE SON CARNET DE SANTÉ.

VEUILLEZ COCHER LA CASE DE VOTRE CHOIX

- Mon enfant **a déjà reçu** 1 ou 2 doses de vaccins contre le papillomavirus humain. Veuillez préciser les dates ou nous fournir une copie de la carte de vaccinations.
1^{er} Dose reçue le / / **2^e Dose** reçue le / /
 Nom du vaccin :
- Je demande à l'équipe de médecine scolaire** de vacciner gratuitement mon enfant contre le papillomavirus humain.
- Je demanderai au médecin traitant** (généraliste ou pédiatre, ...) de vacciner mon enfant.
- Je ne souhaite pas** faire vacciner mon enfant actuellement pour la raison suivante :

POUR NOUS PERMETTRE D'OFFRIR UN SERVICE DE QUALITÉ, MERCI DE RÉPONDRE À CES QUESTIONS :

- Votre enfant a-t-il déjà eu une allergie grave à la vaccination (exemples: gonflement de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer ou problème cardiaque) ? OUI NON
- En cas de données manquantes, j'autorise le médecin/l'infirmier(ère) scolaire à contacter la consultation ONE ou le médecin ayant vacciné mon enfant: OUI NON

Coordonnées de la consultation ONE et/ou du médecin traitant (nom, adresse, téléphone) :

Numéro de téléphone des parents : /

Date : / /

SIGNATURE(S) PARENTALE(S) :

