

# Protégez votre fille contre le virus du papillome humain (VPH)

Pour les filles de 7e année



## Pourquoi votre fille devrait-elle se faire vacciner maintenant contre le VPH?

- Pour éviter qu'elle ne contracte le virus du papillome humain (VPH), qui constitue la principale cause du cancer du col de l'utérus.
- Pour la protéger contre les virus responsables de 90 pour cent de toutes les verrues génitales.
- Pour veiller à ce qu'elle bénéficie de l'efficacité maximale du vaccin contre le VPH. Le vaccin est le plus efficace lorsqu'il est administré aux filles âgées de 10 à 15 ans et AVANT qu'elles deviennent sexuellement actives.

## Qui devrait se faire vacciner?

Les filles de 7e année.

## Qui ne devrait PAS recevoir ce vaccin?

- Les filles qui sont allergiques à un des composants du vaccin ou de son contenant.
- Les femmes enceintes.

## Ce que vous devriez savoir sur le VPH...

- Le VPH est très fréquent.
- Il existe plus de 100 types de VPH.
- Environ 70 pour cent de la population adulte souffrira d'une infection génitale de type VPH à un moment donné.
- Le VPH génital se transmet par le contact peau à peau pendant les rapports sexuels.
- Les signes et les symptômes ne sont pas toujours visibles.
- Le VPH peut causer des verrues génitales, le cancer du col de l'utérus ou d'autres cancers génitaux, ainsi que le cancer de la bouche.
- La majorité des gens sont infectés au cours des deux à cinq premières années après le début de la vie sexuelle active.

## Ce que vous pouvez faire pour aider à protéger votre fille contre le VPH...

- L'encourager à se faire vacciner dès MAINTENANT.
- Lui parler de la façon de prendre des décisions éclairées en matière de santé sexuelle en discutant des points suivants :
  - retarder l'activité sexuelle jusqu'à ce qu'elle soit plus vieille;
  - limiter le nombre de partenaires sexuels;
  - connaître le passé sexuel de son ou sa partenaire;
  - utiliser des condoms pour se protéger du VPH et d'autres infections transmissibles sexuellement;
  - savoir que le virus peut se trouver sur la peau qui n'est pas couverte par le condom.

**LE SAVIEZ-VOUS?**  
On trouve le VPH dans 99,7 pour cent des cancers du col de l'utérus.



Emily Caissie (École W-F Boisvert)

## Ce que vous devriez savoir sur le vaccin contre le VPH...

### Le vaccin...

- est **SÉCURITAIRE** et très efficace pour la prévention de la maladie;
- est donné en trois doses sur une période de six mois; la deuxième et la troisième dose sont données deux et six mois après la première dose.
- toutes les doses doivent être données afin d'assurer la protection.

## Ce à quoi s'attendre à la suite du vaccin contre le VPH...

- Les **effets secondaires courants** comprennent la douleur, une rougeur, une démangeaison ou une enflure au site d'injection.
  - Les autres effets secondaires possibles comprennent une faible fièvre, des nausées, des vomissements, des étourdissements et des maux de tête.
- À noter :** Comme c'est le cas pour tous les vaccins, il y a un faible risque qu'une réaction allergique grave se présente. **Par conséquent, on demande à votre fille de rester sur place pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin que les réactions immédiates possibles puissent être surveillées et traitées.**

## Comment soulager la fièvre et la douleur...

- Une compresse froide sur le site d'injection peut aider à diminuer l'inconfort.
- Vous pouvez donner à votre fille de l'acétaminophène (p. ex. Tylenol®) ou de l'ibuprofène (p. ex. Advil®).
- On ne devrait **PAS** donner d'acide acétylsalicylique (AAS ou Aspirin®) à un enfant de moins de 18 ans en raison de son lien avec le syndrome de Reye.

**LE SAVIEZ-VOUS?**  
Le cancer du col de l'utérus tue 250 000 femmes dans le monde chaque année.

## Ce que vous devriez savoir également...

- Si votre fille fait de la fièvre ou souffre d'une maladie autre qu'un simple rhume, l'infirmière peut retarder l'administration de ce vaccin.
- Si le système immunitaire de votre fille est affaibli par une maladie, une médication aux stéroïdes ou des traitements contre le cancer, la décision d'immuniser doit être prise en consultation avec votre médecin de famille.
- Il est important de noter les allergies de votre fille sur le formulaire de consentement.
- Si votre fille a déjà fait une réaction allergique à un vaccin ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec votre bureau local de Santé publique.
- Les effets indésirables notamment les réactions inhabituelles ou particulièrement graves survenant dans les quatre semaines suivant l'immunisation devraient être signalés au bureau local de Santé publique. Veuillez consulter votre médecin si votre fille fait une réaction grave.
- De plus amples renseignements sont affichés en ligne à l'adresse [www.gnb.ca/santepublique](http://www.gnb.ca/santepublique)

## Comment inscrire votre fille à ce programme...

- **Remplissez** et **signez** la section détachable de la brochure.
- **Retournez** la section détachable remplie à l'école *même si vous ne voulez pas que votre fille soit immunisée.*
- **Conservez** le reste de la brochure pour votre information.
- Une fois que votre fille aura reçu trois doses du vaccin, l'infirmière remplira les renseignements concernant l'immunisation dans son **dossier personnel de vaccination** et le lui remettra.

## Formulaire de consentement pour l'administration du vaccin contre le virus du papillome humain

VEUILLEZ REMPLIR ET RETOURNER CETTE PARTIE À L'ÉCOLE

École \_\_\_\_\_

Année \_\_\_\_\_ Enseignant/classe titulaire \_\_\_\_\_

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

N° d'Assurance-maladie de l'élève \_\_\_\_\_

N° de téléphone le jour \_\_\_\_\_ Autre n° de téléphone de jour \_\_\_\_\_

**Allergies**  
 OUI  NON *veuillez préciser* \_\_\_\_\_

**Problèmes de santé**  
 OUI  NON *veuillez préciser* \_\_\_\_\_

J'ai lu ou on m'a expliqué les renseignements sur le vaccin, et je comprends ses bienfaits, ses risques, ses effets secondaires et les raisons pour lesquelles ma fille peut ou non recevoir le vaccin. J'ai eu l'occasion de poser des questions à un fournisseur de soins de santé, qui m'a répondu à ma satisfaction.

Oui, **J'ACCEPTÉ** que ma fille reçoive trois doses du vaccin contre le virus du papillome humain.

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Non, **JE N'ACCEPTÉ PAS** que ma fille reçoive trois doses du vaccin contre le virus du papillome humain.\*

Signature du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\* Raison du refus \_\_\_\_\_

## Dossier personnel de vaccination contre le virus du papillome humain

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Numéro d'Assurance-maladie de l'élève \_\_\_\_\_

**Cette section doit être remplie par une infirmière de la Santé publique**

Nom du vaccin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | A A A A | M M | J J |

Date de la 1re dose \_\_\_\_\_ Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_ Heure du vaccin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | A A A A | M M | J J |

Date de la 2e dose \_\_\_\_\_ Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_ Heure du vaccin \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ | A A A A | M M | J J |

Date de la 3e dose \_\_\_\_\_ Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_ Heure du vaccin \_\_\_\_\_

Ce dossier de vaccination sera remis à votre fille après l'administration des trois doses. Veuillez le conserver avec les documents médicaux personnels de votre fille.