****

Année scolaire 2015-2016

Nom + prénom de l'élève : ……………………………………………………....

Date de naissance : ……………………………..

Nom de l'établissement scolaire + classe : ……………………………..

Chers parents,

Cher(chère) élève,

Le Gouvernement flamand offre la possibilité de se faire vacciner gratuitement contre certaines maladies. D'après nos données, vous n'avez pas encore effectué les vaccinations précédées d'une croix.

|  |
| --- |
|  … vaccin contre **le tétanos, la diphtérie et la coqueluche** |
|  … vaccin(s) contre la **polio** (poliomyélite) |
|  ... vaccin(s) contre **la rougeole, les oreillons et la rubéole**\* ... vaccin(s) contre l'**hépatite B** |
|  1 vaccin contre les **méningocoques de sérogroupe C** |

\*après la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, les jeunes filles en âge de procréer devront, si nécessaire, utiliser une méthode de contraception efficace pendant 1 mois.

**Pour nous donner l'autorisation d'administrer les vaccins manquants : voir verso s.v.p. !**

* Non seulement l'avis et le choix des parents nous importe, mais également celui de l'élève. C'est pourquoi nous vous invitons à en parler ensemble.
* La lettre d'autorisation préremplie peut être remise à l'école.

**Pour obtenir plus d'informations** concernant les vaccins et les maladies contre lesquelles ils protègent la santé : **voir courrier ci-joint.**

* Vous pouvez conserver ce courrier informatif.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter. Nous sommes joignables par téléphone au numéro suivant : xx/xxx xx xx

Nous vous remercions de votre collaboration,

Le médecin et l'infirmier(-ière) du CLB

(VEUILLEZ REMPLIR CE DOCUMENT ET LE REMETTRE À L'ÉCOLE.)

LETTRE D'AUTORISATION

**« Vaccinations de rattrapage »**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cochez la case correspondante à votre choix.**🞏 Je souhaite que le **CLB** administre gratuitement à mon enfant les vaccins qui ont été cochés sur ce document. 🞏 Je souhaite que mon enfant se fasse vacciner par notre **médecin de famille/pédiatre**. Veuillez prévenir le médecin de famille/pédiatre afin qu'il puisse commander le vaccin à administrer.🞏 Mon enfant a déjà reçu le(s) vaccin(s) ………………………… le : …../…../….. ……………………….. le : …../…../…..🞏 Je refuse que mon enfant se fasse vacciner pour les raisons suivantes : ..................................................................................... |   |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Attention !** Les questions suivantes nous permettent d'identifier une éventuelle contre-indication concernant le(s) vaccin(s) à administrer. Par « allergie », on entend « le gonflement de la bouche ou de la gorge » et/ou des « difficultés respiratoires » et/ou des « affections cardiaques ».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Votre enfant souffre-t-il d'allergies aux :  | vaccins  |  oui |  non |
|  | antibiotiques (néomycine ou polymyxine) |  oui |  non |
|  | à la consommation ou à l'inhalation de levures ou gélatine |  oui |  non |
| Votre enfant présente-t-il des antécédents de réactions allergiques graves à la suite d'une vaccination ? |  oui |  non |
| Votre enfant présente-t-il un déficit immunitaire sévère contre certains agents pathogènes ? Cela peut arriver en cas de cancer, traitement par chimiothérapie, déficit immunitaire congénital, traitement immunosuppresseur de longue durée, maladie du thymus ou infection par le VIH. |  oui |  non |
| Votre enfant souffre-t-il (a-t-il déjà souffert) d'une maladie provoquant la baisse du taux de plaquettes ?  |  oui |  non |
| Votre enfant a-t-il reçu l'an dernier une transfusion d'immunoglobulines ou de sang ? |  oui |  non |
| Votre enfant a-t-il reçu au cours des 4 dernières semaines un vaccin ou une vaccination est-elle prévue prochainement ?   Si oui, quelle type de vaccin et quand ce vaccin a-t-il été/sera-t-il administré ? ………………………………………………………………………………………………………………………… |  oui |  non |
| Votre enfant souffre-t-il d'une maladie du système nerveux non maîtrisée ? |  oui |  non |

 |

 **Date : Nom et signature** du parent :



(VOUS POUVEZ CONSERVER CE DOCUMENT CHEZ VOUS)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES VACCINS

et les maladies contre lesquelles ils protègent la santé

**Maladies**

**Polio** (poliomyélite) peut causer une paralysie irréversible.

**Diphtérie** (croup) peut causer une inflammation sévère de la gorge et des voies respiratoires accompagnée d'un risque d'étouffement. Le cœur et les nerfs peuvent, également, être touchés.

**Tétanos** provoque des crampes musculaires sévères et douloureuses susceptibles de conduire à un arrêt respiratoire.

**Coqueluche** (*Bordetella pertussis*) provoque des quintes de toux intenses, qui sont dangereuses pour la vie de jeunes nourrissons.

**Rougeole** rend un enfant très malade. Elle se caractérise par de la fièvre et une éruption cutanée. Cette maladie peut s'accompagner de complications, telles qu'une pneumonie et une encéphalite.

**Oreillons** (parotidite) peut provoquer des complications, telles qu'une encéphalite (ou méningite) et une inflammation des testicules (orchite).

**Rubéole** est une infection qui n'est pas dangereuse en elle-même. Elle s'accompagne de fièvre et d'une éruption cutanée. Toutefois, si une femme contracte cette maladie pendant la grossesse, celle-ci peut avoir des répercussions graves sur la santé du futur bébé, telles que surdité, cécité et anomalies cardiaques.

**Hépatite B** est un virus responsable d'une infection du foie. Une partie des personnes infectées devient « porteuse chronique » de la maladie et court le risque de développer une cirrhose du foie ou un cancer du foie.

**méningocoques** sont des germes qui peuvent causer une méningite ou un empoisonnement du sang (septicémie).

* Les vaccinations recommandées fournissent une protection optimale contre ces maladies. Il est parfois nécessaire de renouveler la vaccination (rappel de vaccin) pour une protection de longue durée.

**Vaccination**

Le vaccin est administré dans la partie supérieure du bras.

**Qui se charge de la vaccination ?**

Le CLB vaccine gratuitement les enfants. Vous pouvez également faire vacciner votre enfant par votre médecin de famille ou votre pédiatre. Eux aussi peuvent obtenir les vaccins gratuits mais toutefois, vous devrez régler les honoraires de consultation.

**Réactions au vaccin**

Après une vaccination, votre enfant peut présenter :

* un gonflement de couleur rouge au point de vaccination ;
* une douleur accompagnée d'une sensibilité au point de vaccination ;
* des symptômes grippaux et une légère fièvre.

Ces réactions sont tout à fait normales et disparaissent, généralement, en l'espace de quelques jours. Cependant, des réactions générales, telles que fièvre, céphalées, douleurs articulaires et éruptions cutanées peuvent apparaître jusqu'à deux semaines après l'administration du vaccin rougeole-oreillons-rubéole. Contactez votre médecin de famille en cas de persistance ou d'aggravation de ces symptômes.

Un vaccin peut, tout comme un autre médicament, entraîner des effets secondaires. Les risques qu'un vaccin entraîne des effets secondaires graves sont extrêmement faibles.

Lettre traduite du néerlandais aussi disponible en version originale via vaccins@zorg-en-gezondheid.be.