

Protégez votre enfant contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos

Pour les élèves de 7e année



Pourquoi votre enfant devrait-il recevoir le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (dcaT)?

- Le vaccin dcaT protège contre trois maladies: la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (mâchoire barrée).
- Le vaccin contre la coqueluche (toux coquelucheuse) donné aux jeunes enfants a tendance à perdre son efficacité à l'adolescence.
- Pour aider à réduire l'incidence de coqueluche (toux coquelucheuse) dans le grand public et à protéger les bébés qui ne sont pas complètement immunisés.

Qui devrait se faire vacciner?

Les élèves de 7e année.

Qui ne devrait PAS recevoir ce vaccin?

- Les personnes qui sont allergiques à un des composants du vaccin ou de son contenant.
- Les enfants d'âge scolaire qui ont déjà reçu le vaccin dcaT dans les derniers cinq ans.

Ce que vous devriez savoir sur la diphtérie, la coqueluche et le tétanos...

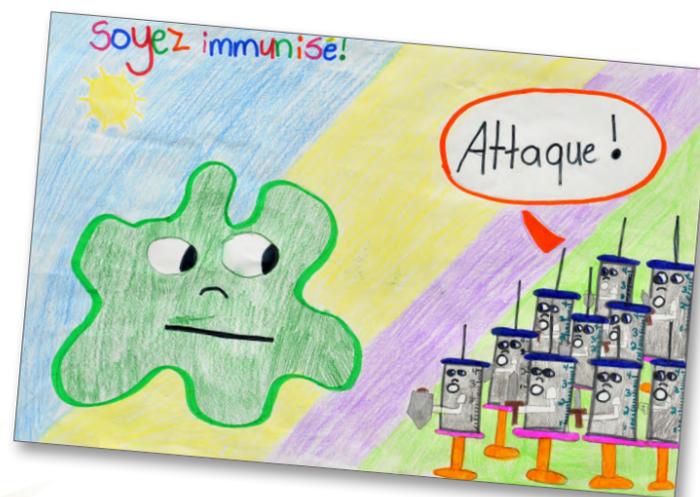
- La diphtérie** est causée par une bactérie qui déclenche une infection dans le nez et la gorge. Cette bactérie répand un poison à l'origine des symptômes de la maladie. La diphtérie se propage par la toux et les éternuements.
- La coqueluche** est causée par une bactérie et se manifeste un peu comme un rhume. La maladie se propage par la toux et les éternuements.
- Le tétanos** est causé par une bactérie qu'on trouve dans la terre, dans la rouille, dans le fumier et dans les excréments humains. Une personne contracte la maladie lorsque la bactérie s'introduit dans une plaie ouverte.

Symptômes possibles

Diphtérie	Coqueluche	Tétanos
– troubles respiratoires	– toux violente	– spasmes musculaires
– insuffisance cardiaque	– étouffement	– convulsions
– paralysie	– toux coquelucheuse	– mort (dans certains cas)
	– épisodes de vomissements (pouvant durer des semaines ou des mois)	
	– mort (dans certains cas)	

LE SAVIEZ-VOUS?

Les décès dus à la coqueluche (toux coquelucheuse) sont plus élevés chez les bébés de moins de six mois.



Morgan Comeau (Miramichi, Nouveau-Brunswick)

Ce que vous devriez savoir sur le vaccin dcaT...

Le vaccin...

- est **SÉCURITAIRE** et très efficace pour la prévention de la maladie;
- comporte trois vaccinations distinctes dans une même seringue.

Ce à quoi s'attendre à la suite du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos...

- Les **effets secondaires courants** comprennent la douleur, une rougeur et une enflure au site d'injection, des maux de tête légers, de la fièvre et des douleurs musculaires.

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 aux élèves 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 enfant 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.

Ce que vous devriez savoir également...

- Si votre enfant fait de la fièvre ou a une maladie autre qu'un simple rhume, l'infirmière peut retarder l'administration de ce vaccin.
- Si le système immunitaire de votre enfant 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 toutes les allergies sur le formulaire de consentement.
- Si votre enfant 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 ou 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 enfant fait une réaction grave.
- De plus amples renseignements sont affichés en ligne à l'adresse www.gnb.ca/santépublique

Comment s'inscrire 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 enfant soit immunisé.*
- Conservez** le reste de la brochure pour votre information.
- Une fois que votre enfant est immunisé, 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 la diphtérie, la coqueluche et le tétanos

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 _____ Masculin Féminin

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 mon enfant 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 mon enfant reçoive le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Signature du parent/tuteur _____ Date _____

*Non, JE N'ACCEPTÉ PAS que mon enfant reçoive le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.**

Signature du parent/tuteur _____ Date _____

* **Raison du refus**

Reçu dans les derniers cinq ans Autre _____

Dossier personnel de vaccination contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos

Nom de l'élève _____ Date de naissance _____

Numéro d'Assurance-maladie de l'élève _____

La présente section doit être remplie par l'infirmière de la Santé publique

Nom du vaccin _____

Date de la vaccination _____

Signature de l'infirmière _____ Heure du vaccin _____

Ce dossier de vaccination sera remis à votre enfant une fois le vaccin administré. Veuillez conserver ce dossier avec les documents médicaux personnels de votre enfant.