

INFORMATION/PROPOSITION *Vaccination contre le VPH*

Le 1^{er} janvier 2010, la vaccination contre le VPH était incluse dans le programme vaccinal suédois. VPH est l'abréviation de « virus du papillome humain », virus susceptible d'engendrer des modifications cellulaires dans le col utérin, lesquelles peuvent, à terme, conduire à un cancer de ce col.

Le vaccin anti-VPH protège contre plus de 70 % de toutes les formes de cancer du col utérin. Une vaccination effectuée à un âge suffisamment bas et des examens cytologiques réalisés lorsque l'on y est convié permettent d'obtenir une bonne protection contre le cancer du col utérin.

Les fillettes nées en 2002 ou après se voient proposer une vaccination lorsqu'elles fréquentent les classes de 5^{ème} et 6^{ème}. Pour que l'effet soit complet, le vaccin doit être administré deux fois à un intervalle minimum de six mois et maximum de douze mois. Cette vaccination n'est pas obligatoire. Sur ce questionnaire, vous pouvez indiquer que votre enfant sera ou non vacciné en mettant une croix dans l'une des cases ci-dessous. Si vous vous y opposez, votre enfant ne sera pas vacciné.

Les informations se rapportant à la vaccination anti-VPH sont conservées dans le système de DMI centralisé. Conformément à la loi n° 400 de 2009 sur la transparence de l'administration et la protection des données, ces informations sont confidentielles. Si vous y consentez, ces informations peuvent être utilisées pour procéder à une évaluation du programme de vaccination anti-VPH. Lors de cette évaluation, les données recueillies sont comparées avec les fichiers de données de santé et les analyses virales des échantillons conservés par les autorités sanitaires.

Cette acceptation est valable pour les deux doses. Pour cette vaccination, nous vous demandons également de répondre aux questions posées dans la déclaration de santé ci-dessous. Prière de bien vouloir nous faire part de faits importants intervenus entre deux injections. N'hésitez pas à prendre contact avec la personne chargée des vaccinations si vous avez d'autres questions à poser ou que vous vous sentez incertain.

À remettre au professeur principal/à l'infirmière scolaire/à la personne chargée des vaccinations au plus tard le

Nom de la fillette

N° national d'identité Classe
(en cas de vaccination dans l'établissement)

Oui, je suis d'accord pour que mon enfant soit vacciné

Non, je ne souhaite pas que mon enfant soit vacciné

Déjà vacciné

Déclaration de santé (Ne pas y répondre si vous renoncez à la vaccination)

Votre enfant

- souffre-t-il d'une grave allergie..... Oui Non

- a-t-il eu une réaction allergique grave lors d'une vaccination antérieure Oui Non

- est-il atteint d'une maladie chronique grave..... Oui Non

En cas de réponse positive, fournir des renseignements complémentaires au verso de ce questionnaire

Signature Lieu : Date :

Signature du parent/du détenteur de la garde Signature Téléphone heures de travail

Signature du parent/du détenteur de la garde Signature Téléphone heures de travail

Les parents ayant la garde commune de leur enfant doivent tous les deux apposer leur signature.

SKL 2015 05 06