

**RRO**  
Rougeole  
Rubéole  
Oreillons

# Vaccination contre Rougeole, Rubéole et Oreillons

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

Madame, Monsieur, Chers parents,

Notre service/centre se propose d'administrer **gratuitement** le vaccin contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons. Cette vaccination pourra se faire au cours de l'année scolaire, mais seulement **avec l'accord parental** (autorisation signée). La vaccination complète comporte 2 doses, habituellement, la première se fait à l'âge de 1 an et la deuxième à l'âge de 7-8 ans. Si votre enfant n'a encore reçu aucune dose, il pourra recevoir les deux doses de vaccins à 1 mois d'intervalle au minimum.

## CE VACCIN PROTÈGE CONTRE 3 MALADIES :

**Rougeole** : maladie qui provoque une forte fièvre, un affaiblissement important, des boutons rouges sur tout le corps et qui peut se compliquer en otite, pneumonie ou encéphalite.

**Rubéole** : maladie bénigne qui s'accompagne de boutons sur tout le corps. La Rubéole est surtout très dangereuse si une femme enceinte l'attrape pendant les trois premiers mois de sa grossesse car elle risque de provoquer des malformations graves du bébé.

**Oreillons** : maladie qui provoque un gonflement douloureux sous les oreilles. Elle entraîne souvent une méningite, parfois une surdité, plus rarement une stérilité.

## LA VACCINATION :

Votre enfant recevra une injection 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.

Pour ce vaccin spécifiquement, environ 5 à 12 jours après, d'autres réactions sans gravité peuvent apparaître: fièvre, mal à la tête, mal aux articulations, réaction de la peau (petits boutons rouges).

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](http://www.vaccination-info.be)



*Les dates des vaccinations effectuées pour votre enfant dans le cadre du programme de vaccination de la FWB, ainsi que les données à caractère personnel de votre enfant seront enregistrées dans une banque de données vaccinales, à moins d'un refus de votre part. Le but de cet enregistrement est d'éviter la perte de données vaccinales et de permettre aux autres médecins vaccinateurs de votre enfant de savoir quelles vaccinations il ou elle a déjà reçues. La Commission de la Vie Privée a donné son accord pour la constitution de cette banque de données vaccinales. En cas de refus d'encodage de la vaccination dans la banque de données, votre décision n'aura pas d'influence sur les soins médicaux prodigués.*

*Par ailleurs, l'ensemble des données personnelles et confidentielles concernant votre enfant est protégé par le secret professionnel (art. 458 c. pén.) ; les dispositions de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel ; la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (règlement général sur la protection des données).*

*Vous disposez, à tout moment, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant. Toute demande relative à l'exercice des droits ci-avant peut être introduite auprès de l'ONE par mail : [dpo@one.be](mailto:dpo@one.be) ou par courrier : DPO ONE, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles*

Plus d'informations sur la politique de confidentialité et de sécurité des données vaccinales :

<http://www.one.be/contacts/vie-privée/politique-de-confidentialité-des-données/>

► **AUTORISATION À COMPLÉTER**



# Autorisation de vaccination

(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** deux vaccins contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons. Veuillez préciser les dates ou nous fournir une copie de la carte de vaccinations.  
**1<sup>e</sup> dose** reçue le ..... / ..... / ..... **2<sup>e</sup> dose** reçue le ..... / ..... / .....
- Je demande à l'équipe de médecine scolaire** d'administrer gratuitement le vaccin contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons.
- 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 (gonflement de la bouche ou de la gorge, difficulté à respirer ou problème cardiaque) ?  OUI  NON
- Votre enfant souffre-t-il d'immunodépression (cela peut être le cas lors de cancer, chimiothérapie, etc...) ?  OUI  NON
- Votre enfant souffre / a-t-il souffert d'une maladie qui fait diminuer le nombre des plaquettes sanguines (troubles de la coagulation) ?  OUI  NON
- En cas de données manquantes, j'autorise le médecin/l'infirmier(ère) scolaire à contacter la consultation ONE ou le médecin (généraliste, pédiatre) 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) :