Autorisation de vaccination RRO et rattrapages DTPa-IPV / Men ACWY

RAT ED.2024

Autorisation de vaccination RRO et rattrapages DTPa-IPV / Men ACWY

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

Madame, Monsieur, Chers parents,

Notre service/centre se propose de vacciner **gratuitement** les élèves contre la rougeole, rubéole, oreillons (RRO) ainsi que d'autres maladies pour lesquelles ils ne seraient pas en ordre pour leur âge. Cette vaccination pourra se faire au cours de l'année scolaire, mais seulement **avec l'accord parental**.

LES VACCINS PROPOSÉES PROTÈGENT CONTRE LES MALADIES SUIVANTES :

Vaccination RRO: protège contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons.

Vaccination Tétravalente: protège contre la Poliomyélite, la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche.

Vaccination contre les Méningites ACWY

LA VACCINATION :

Votre enfant recevra la/les injection(s) dans le haut du bras ou dans la cuisse.

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, fièvre de courte durée.

Pour le vaccin contre la Rougeole, la Rubéole et les Oreillons 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.

AUTORISATION DE VACCINATION

Merci de nous renseigner votre choix à la page suivante.

Pour plus d'informations sur la vaccination : VACCINATION-INFO.BE

La participation de l'enfant au programme de vaccination engendre un traitement de données à caractère personnel pour lequel l'ONE est responsable de traitement.

Le traitement de données est obligatoire, en vue de documenter les actes médicaux réalisés auprès du public bénéficiaire (loi du 28/08/2002 relative aux droits du patient).

Le traitement de données inclut un enregistrement dans un Registre vaccinal sécurisé (base de données e-vax). Afin d'assurer le suivi des vaccinations, les données présentes dans ce registre de vaccination sont disponibles pour des professionnels des soins de santé qui ont un lien thérapeutique avec le patient (pédiatres, médecins généralistes, consultations d'urgence, consultations pour enfants de l'ONE, services de promotion de la santé à l'école). Les données sont également disponibles pour le bénéficiaire.

Les données seront conservées également dans le dossier médical de votre enfant durant 30 ans.

Les données sont également anonymisées (cela signifie que votre enfant ne peut absolument plus être identifié) en vue de leur traitement ultérieur à des fins d'épidémiologie et de statistique. Ce traitement permet notamment d'évaluer la qualité et l'efficacité du programme de vaccination en Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles).

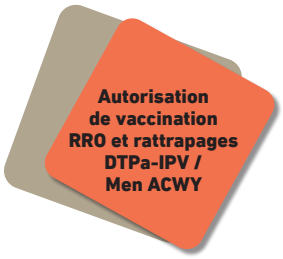
Ces dispositions sont prévues dans le Décret du 1er février 2024 relatif au traitement des données à caractère personnel dans le cadre des missions d'accompagnement, des programmes de médecine préventive et de soutien à la parentalité de l'ONE et les données sont traitées conformément au Règlement (UE) 2016/679 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 (RGPD).

Vous disposez (sans frais), notamment, d'un droit d'accès et de correction aux données concernant votre enfant. Pour découvrir l'ensemble des droits dont vous disposer consulter la page : https://www.one.be/one-cookies.

Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (responsable du traitement) à l'adresse suivante : DPO, Chaussée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles ou par courriel à l'adresse : dpo@one.be.

▶ AUTORISATION À COMPLÉTER

ONE OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE — FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES — e-vax



RAT ED.2024

Autorisation de vaccinations 2024- 2025

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

NOM, Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

École : .....

Classe : .....

NUMÉRO NATIONAL BELGE DE L'ENFANT :

_ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

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

☐ **Je demande à l'équipe de médecine scolaire** de mettre en ordre gratuitement les vaccinations de mon enfant contre Rougeole-Rubéole-Oreillons et si besoin contre les Méningites ACWY et contre Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite (rappel de 6 ans).

☐ **Je demanderai au médecin traitant** (généraliste ou pédiatre) de s'occuper des vaccinations de 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 diminue le nombre de plaquettes sanguines (troubles de la coagulation) ☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant souffre t-il d'une maladie neurologique qui n'est pas sous-contrôle ☐ 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) : .....

.....

Nom(s) du/des parent(s)/ responsable exerçant l'autorité parentale : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : ..... / .....

Date : ..... / ..... / .....

SIGNATURE :