**A l’intention des centres de vaccination**,

Voici les modèles des courriers à remettre lors de la journée de vaccination organisée au sein des collèges.

Ces documents ont été réalisés par le consortium du projet PrevHPV.

* Courrier post-vaccination à destination des parents
* Courrier de non vaccination à destination des parents
* Courrier post-vaccination à destination des médecins
* Courrier post-vaccination à destination des pharmaciens

Si vous avez des questions sur le déroulement des actions à mener, vous pouvez contacter l’Expert Scientifique PrevHPV - coordinatrice nationale du projet : Pr TILLY Nathalie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://apemac.univ-lorraine.fr/sites/apemac.univ-lorraine.fr/files/apemac.v2.jpg | École de Santé Publique - Faculté de Médecine  9 av. de la Forêt de Haye - BP 20199  54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex | Coordinatrice nationale du projet PrevHPV :  Pr THILLY Nathalie  Tél : 03.83.15.72.76  Mail : [n.thilly@chru-nancy.fr](mailto:n.thilly@chru-nancy.fr) |

Centre de vaccination *:*

*(Adresse ou tampon)*

Téléphone du centre de vaccination :

**Objet : Courrier post-vaccination à destination des parents**

Madame, Monsieur,

Suite au consentement à la vaccination que vous aviez complété, nous vous informons que votre enfant …………………………..…………………………………… ……(Nom, Prénom), né(e) le ….../ ……../ …………, a bénéficié ce jour de la première dose de la vaccination contre les Papillomavirus Humains (HPV) au sein de son collège, par le médecin du centre de vaccination.

Une réaction locale (douleur, rougeur) ou générale (fièvre, douleurs articulaires) peut se produire dans les 48 heures. Afin d’atténuer les effets, je vous recommande de donner un traitement préventif à base de paracétamol comme Efferalgan®, Doliprane® ou Dafalgan®.

Si les symptômes persistent, vous pouvez joindre votre médecin traitant ou le centre de vaccination.

Je vous rappelle qu’en raison de l’âge de votre enfant et des recommandations vaccinales :

 Une 2nde injection sera nécessaire dans 6 mois

 Une 2nde injection sera nécessaire dans 2 mois puis une 3ème injection dans 6 mois

Joint à ce courrier, vous trouverez l’ordonnance pour la seconde injection. Elle vous permettra d’obtenir le vaccin auprès de votre pharmacien, puis il vous faudra prendre contact avec votre médecin traitant ou un professionnel de santé habilité pour la réalisation de l’injection. Nous attirons votre attention sur le fait que l’Assurance Maladie ne prend pas en charge 100 % du prix du vaccin, mais les mutuelles peuvent compléter le remboursement. Votre pharmacien pourra vous expliquer cela et vous indiquer la part restant à votre charge. La vaccination peut également s’effectuer gratuitement dans certains centres de vaccination.

Nous vous remercions de votre participation,

Bien cordialement.

Le ….. / ….. / ……..

Nom, prénom et signature du médecin

Centre de vaccination :

*(Adresse ou tampon)*

Téléphone du centre de vaccination :

**Objet : Courrier de non-vaccination à destination des parents**

Madame, Monsieur,

Je n’ai pas pu réaliser ce jour la vaccination de votre enfant : …………………..…………………………………… (Nom, Prénom), né(e) le ….../……../ ………, car :

 Après la vérification du carnet de santé, votre enfant a déjà bénéficié d’une première dose de :

 Gardasil® quadrivalent

 Gardasil 9®

 Cervarix®

Je vous recommande de **prendre rendez-vous chez votre médecin traitant** afin que la deuxième et/ou la troisième dose nécessaire à une protection complète puisse être effectuée à partir de ...... /…..... /……..

 Votre enfant bénéficie déjà d’une **vaccination complète.** Suite à la vérification du carnet de santé, je vous confirme que votre enfant a déjà bénéficié des deux ou trois doses de la vaccination contre les HPV. **Aucun rappel n’est nécessaire.**

 Votre enfant présentait une contre-indication à la vaccination. Nous vous recommandons vivement de réaliser la vaccination dans les semaines à venir chez votre médecin traitant ou par un professionnel de santé habilité.

 Votre enfant était absent le jour de la vaccination.

 Autre : ………………………………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………..……………………………………………

Bien cordialement.

Le ….. / ….. /…….

Nom, prénom et signature du médecin

Centre de vaccination :

*(Adresse ou tampon)*

Téléphone du centre de vaccination :

**Objet : Courrier post-vaccination à destination du médecin généraliste**

Chère Consœur, Cher Confrère,

Votre patient(e) …………………………..…………………………………… (Nom, Prénom), né(e) le ….../ ……../ …………, a reçu ce jour, la première dose du vaccin Gardasil9® par le centre de vaccination dans le cadre d’une journée de vaccination réalisée au sein du collège dans lequel il.elle est scolarisé.e.

J’ai informé les parents du schéma vaccinal pour une protection optimale (de 11 à 14 ans : 2 injections à M0 et M6 et au-delà de 15 ans : 3 injections à M0, M2, M6).

Je vous remercie de votre collaboration pour favoriser la poursuite du schéma vaccinal de cet.te adolescent.e.

Je reste à votre disposition pour toute autre information,

Bien confraternellement.

Le …... / …... /………

Nom, prénom et signature du médecin

Centre de vaccination :

*(Adresse ou tampon)*

Téléphone du centre de vaccination :

**Objet : Courrier post-vaccination à remettre à votre pharmacien habituel**

Madame, Monsieur,

Je souhaitais vous informer que l’enfant ……………………………………………………. (Nom, Prénom), né(e) le ……. / ........ / ……… a reçu une première dose de Gardasil 9® ce jour dans le cadre d’une journée de vaccination organisée au sein de son collège.

Je vous remercie de l’indiquer sur son dossier pharmaceutique si celui-ci a été ouvert.

Je reste à votre disposition pour toute autre information et vous prie d’agréer mes salutations distinguées.

Le ….. / ….. /………….

Nom, prénom et signature du médecin