**LETTRE AUX PARENTS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**

|  |
| --- |
| **Concernant les lettres aux parents et aux membres du personnel :*** Aucune lettre ne devrait être envoyée si le diagnostic n’a pas été confirmé par un test de laboratoire.
* Aucune lettre ne devrait être envoyée sans l’accord préalable de l’infirmière du CLSC.
 |

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Service de garde ou école : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objet : Grippe**

Chers parents,

Chers membres du personnel,

Des personnes du service de garde ou de l’école ont reçu un diagnostic confirmé de grippe. Celle‑ci se manifeste par de la fièvre, des frissons, des maux de tête, des douleurs musculaires, de la fatigue, des maux de gorge, un écoulement nasal et de la toux. Les plus jeunes enfants peuvent parfois présenter de la diarrhée, des vomissements et des douleurs abdominales.

Pour les personnes à risque élevé de complications, le meilleur moyen d’éviter la grippe est de se faire vacciner contre la grippe chaque année. La vaccination leur est recommandée ainsi qu’aux personnes qui vivent avec elles et à leurs aidants naturels.

Les personnes à risque élevé de complications sont les enfants de moins de 6 mois et les enfants ou les adultes de tous âges souffrant de conditions médicales sous‑jacentes telles que des maladies respiratoires, des maladies cardio‑vasculaires, des maladies métaboliques ou l’immunosuppression. Les femmes enceintes (aux 2e et 3e trimestres de leur grossesse) et les personnes âgées de 75 ans et plus sont également considérées à risque élevé de complications.

Nous encourageons les personnes à risque élevé de complications et les membres de leur famille à se faire vacciner.

Les personnes qui font partie des groupes à risque élevé de complications et qui présentent des symptômes devraient consulter un médecin, car un traitement peut leur être offert.

Apportez cette lettre avec vous.

Merci de votre collaboration,

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (en lettres moulées)

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_