****

 Учбовий рік 2021-2022

Прізвище + ім’я учня: ……………………………………………………....

Дата народження: ……………………………..

Школа + клас: ……………………………..

Hомер телефону, за яким з Вами можна зв'язатися протягом дня.:…………………………………………………

Шановні батьки,

Дорогий учень,

De Vlaamse overheid (Фламандський уряд) пропонує зробити щеплення проти деяких захворювань. Згідно з нашими даними, Вашій дитині не були зроблені щеплення, позначенi хрестиком.

|  |
| --- |
| ... щеплення(-я) проти **стовпняку (тетанусу) - дифтерії-коклюшу** (правця -крупу- судомного кашлю) … щеплення(-я) проти **поліомієліту** (дитячого паралічу) ... щеплення(-я) проти  **кoру- епідемічного паротиту -краснухи** (кoру - свинки –краснухи) \* ... щеплення(-я) проти **гепатиту Б** ... щеплення(-я) проти **менінгококової інфекції** **серогрупи С**  |

\*Після введення вакцини проти кору-паротиту-краснухи, дівчата дітородного віку повинні – якщо буде потреба – використовувати надійні засоби контрацепції для запобігання вагітності протягом 1 місяця після вакцинації.

**Додаткова інформація** про щеплення та хвороби, від яких вони захищають, наведена в інформаційному листі, що додається. Ви можете зберегти цей лист.

Для того щоб дати **дозвіл** на введення цих **відсутніх вакцин**, **будь ласка, заповніть лист**-**згоду.**

Ми вважаємо дуже важливою не лише думку та вибір батьків, а й учня. Тому ми просимо Вас обговорити цей дозвіл разом.

Заповнений лист-згоду потрібно повернути до школи.

Будь ласка, зв'яжіться з нами, якщо у Вас виникнуть будь-які додаткові питання. Телефонуйте за номером: …………………………………………..

Для отримання додаткової інформації Ви/ти також можете зайти на [www.laatjevaccineren.be](http://www.laatjevaccineren.be), веб-сайт Vlaamse overheid (Фламандського уряду), присвячений питанням вакцинації.

Дякуємо вам за співпрацю,

De CLB-arts en CLB-verpleegkundige

(Лікар та медсестра Центру з виховно-освітнього та медичного спостереження за учнями)

**ЛИСТ-ЗГОДА НА НАЗДОГАНЯЮЧУ ВАКЦИНАЦИЮ**

 (Будь ласка, заповніть цей лист-згоду та поверніть до школи)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Будь ласка, позначте вибраний варіант відповіді хрестиком.**🞏 Я даю згоду на безкоштовне проведення моїй дитині щеплень, відзначених хрестиком, лікарем **CLB** **(Центру з виховно-освітнього та медичного спостереження за учнями).** 🞏 Я хочу, щоб щеплення було проведено моїй дитині **сімейним лікарем або педіатром**. Будь ласка, повідомте про це своєчасно сімейному лікарю, щоб він/ вона міг/могла заздалегідь замовити необхідну вакцину.🞏 Моя дитина вже отримала щеплення(-я) ………………………… дата:: …../…../….. ……………………….. дата:: …../…../…..🞏 Я відмовляюся від проведення моїй дитині щеплень.Я прочитав інформацію про вакцини та про хвороби, від яких захищають вакцини. У мене також була можливість обговорити питання вакцинації та поставити запитання. |    |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Зверніть увагу!** Наступні питання допоможуть нам виявити будь-які можливі **протипоказання** для вакцинації. В даному випадку під алергією розуміється ‘набухання рота або горла’ та (або) ‘утруднене дихання’ та (або) ‘проблеми із серцем’. **Будь ласка, позначте правильну відповідь.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Bаша дитина має алергію  | : на вакцини |  так |  нi |
|  | антибіотики (неоміцин, стрептоміцин та поліміксин) |  так |  нi |
|  | на проковтування або вдихання дріжджів або желатину | так  |  нi |
| У Вашої дитини раніше спостерігалися тяжкі реакції на щеплення?  |  так  |  нi |
| У Вашої дитини сильно ослаблений імунітет до вірусів та бактерій? Подібне ослаблення має місце, якщо Ваша дитина хвора на рак, проходить курс хіміотерапії, була народжена з ослабленим імунітетом, проходить довгострокове лікування із застосуванням імуносупресорів, має захворювання вилочкової залози або є ВІЛ-позитивною. |  так |  нi |
| Чи страждає (чи страждалa раніше) ваша дитина від хвороби, яка спричиняє зниження кількості тромбоцитів у крові?  |  так |  нi |
| Ваша дитина отримувала імуноглобуліни чи препарати крові за минулий рік? |  так |  нi |
| Чи отримувала дитина будь-які вакцини протягом останніх 4-х тижнів? Чи запланованa вакцинація в найближчому майбутньому? Якщо так, вкажіть назву щеплення та дату вакцинації. ………………………………………………………………………………………………………………………… |  так  |  нi |
| Чи страждає Ваша дитина від нелікованого розладу нервової системи? |  так |  нi |

 |

 **Дата: Ім'я та підпис** батька(матери)/опікуна:

 ** **

 **Додатковa інформацію про щеплення та захворювання** **від яких захищає вакцинація**

 (Ви можете зберегти цей iнформацiйний лист)

**Захворювання**

**Поліомієліт** (дитячий параліч) може викликати необоротний параліч.

**Дифтерія** (круп) може викликати серйозне запалення горла та дихальних шляхів, що призводить до задухи. Дане захворювання також може торкнутися серця та нервової системи.

**Стовпняк** (тетанус, правець) викликає сильні та болючі м'язові судоми, які можуть призвести до порушення здатності дихати.

**Коклюшу** (кашлю,судомний кашель) викликає сильні напади кашлю, які можуть становити небезпеку для маленьких дітей.

**Кір** може викликати у дитини сильну лихоманку і шкірний висип. Дане захворювання може спричинити такі ускладнення, як пневмонія та менінгіт.

**Eпідемічний паротит** (cвинка) може спричинити такі ускладнення, як менінгіт/енцефаліт та орхіт (запалення яєчок).

**Краснуха** (краснуха) сама по собі є нешкідливою інфекцією, що викликає лихоманку і висипання на шкірі. Однак, якщо жінка зазнає цієї хвороби під час вагітності, це може мати серйозні наслідки для дитини, такі як глухота, сліпота або порушення серцевої діяльності.

**Гепатит Б** - вірус, що викликає запалення печінки. Деякі люди, заражені цим вірусом, стають його хронічними носіями і схильні до ризику розвитку цирозу і раку печінки.

**Mенінгококова інфекція** – бактерії, які викликають менінгіт або сепсис (зараження крові). Існує кілька різних типів менінгококової хвороби, що позначені літерами**.** Безкоштовна наздоганяючa вакцина також забезпечує захист від менінгококу C . Також доступна комбінована вакцина проти менінгококу ACWY. Виходячи з поширення різних типів у Vlaanderen (Фландрії), Vlaamse overheid (Фламандський уряд) ще не вирішив замінити менінгококову вакцину C комбінованою вакциною проти ACWY. Якщо ви все ще віддаєте перевагу цій вакцині, ви можете звернутися до свого лікаря.

Рекомендовані щеплення забезпечують найкращий захист від цих захворювань. У деяких випадках для забезпечення тривалого захисту потрібна вторинна ін'єкція антигену.

**Проведення щеплення**

Вакцина вводиться у дельтоподібний м'яз плеча.

**Хто проводить щеплення**

Щеплення проводяться CLB (Центром з виховно-освітнього та медичного спостереження за учнями) безкоштовно. Вакцина також безкоштовно надається сімейним лікарем або педіатром, однак у цьому випадку консультація є платною.

**Можливі реакції після вакцинації**

Після вакцинації можуть виникнути певні ускладнення:

* біль, почервоніння, припухлість у місці введення щеплення ;
* хворобливість та підвищену чутливість у місці введення щеплення ;
* грипоподібні симптоми та помірна лихоманка ;
* зниження апетиту, блювання та діарея ;
* біль у суглобах і червоний шкірний висип.

Ці реакції абсолютно нормальні і зазвичай проходять через кілька днів. Загальні реакції, такі як лихоманка, головний біль, болі в суглобах і висипання на шкірі, можуть виникати протягом терміну до двох тижнів після вакцинації проти mazelen-bof-rubella (кору-паротиту-краснухи).

Будь-ласка, зверніться до лікаря, якщо ці симптоми зберігаються протягом більш тривалого терміну або мають більш важку форму.

Як і всі лікарські засоби, вакцина може спричинити побічні ефекти. Ризик розвитку серйозних побічних ефектів після введення вакцини дуже низький.