|  |  |
| --- | --- |
| [Logo CLB] | Jouw toestemming voor een speekseltest en vaccin tegen hepatitis A |

Beste ouder, Datum:

Je kan jouw kind **gratis** laten testen met een pijnloze speekseltest en vaccineren tegen hepatitis A op school op [***xxxdag xx xx xx].***

Wat moet je doen?

* + Vul het formulier ‘Toestemming speekseltest en vaccin tegen hepatitis A’ in. Onderteken dat. Ook als je geen toestemming geeft.
  + Geef de brief mee met je kind naar school. Doe dat **voor** [***xxxdag xx xx xx].***

Waarom laat je jouw kind het best vaccineren?

* + Krijgt je kind een **eerste vaccin** tegen hepatitis A? Dan is er minder kans dat je kind besmet raakt. Dat vaccin moet je kind krijgen **binnen de twee weken** na het contact met de besmette persoon. Het eerste vaccin is **gratis**.
  + Wil je jouw kind altijd beschermen tegen het virus? Dan kan het zijn dat jouw kind best ook een **tweede vaccin** krijgt. Dat gebeurt **zes maanden** na het eerste vaccin. Het tweede vaccin is niet gratis. Samen met het resultaat van de speekseltest krijg je hierover meer info.

Hoe verloopt de vaccinatie en speekseltest bij je kind?

* + De arts of verpleegkundige van het CLB geeft een **prik** in de bovenarm van je kind.
  + De arts of verpleegkundige neemt ook wat **speeksel** van je kind. In het speeksel kunnen we zien of je kind al besmet is met het virus. De test doet geen pijn. Je krijgt het resultaat van de test zo snel mogelijk. Normaal is dat een week na de test.

Wat kan er gebeuren na dat vaccin?

* + De plaats van de prik is soms rood, dik of doet pijn.
  + Je kind krijgt soms hoofdpijn, het voelt zich minder goed of eet minder.
  + Heeft je kind heel ongewone reacties of meer dan 39,5 graden koorts? Bel dan de huisarts.

Met vriendelijke groeten, de CLB-arts

Toestemming speekseltest en vaccin tegen hepatitis A

Naam + voornaam van de leerling: ………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: …../…../…..

School + klas: ……………………………..

Telefoonnummer waarop u overdag bereikbaar bent: …………………………………………………………

|  |
| --- |
| Toestemming vaccin tegen hepatitis A. Kruis aan.  Ik wil mijn kind gratis laten vaccineren op school.  Mijn kind kreeg al twee vaccins tegen hepatitis A op ………………………………………………….  Of mijn kind heeft hepatitis A gehad op: …...........................................................................  Ik wil mijn kind **niet** laten vaccineren op school, omdat …………………………………………………………….  Toestemming speekseltest hepatitis A. Kruis aan.  Ik wil mijn kind laten testen op school.  Ik wil mijn kind **niet** laten testen op school, omdat …………………………………………………………………… |
| Let op!  De volgende vragen zijn belangrijk. Zo weten we of je kind misschien geen vaccin mag krijgen. Kruis het juiste antwoord aan.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Heeft je kind vroeger allergisch gereageerd na een vaccin?  Bijvoorbeeld: de mond of keel werd dik, je kind kon moeilijk ademen, het kreeg problemen met het hart ... | **ja** | **neen** | | Is uw kind overgevoelig voor neomycine? Dat is een soort antibioticum. | **ja** | **neen** | |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum:  Afbeeldingsresultaat voor datum pictogram | Je naam en handtekening:  http://www.klasse.be/vandaag/files/image/picto%20handtekening.jpg |