

Tájékoztató Hepatitis B védőoltásról

(A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésről szóló többszörösen módosított 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet 5. és 15. §. alapján) a gyermek törvényes képviselője számára

Értesítem, hogy nevű gyermeke, Hepatitis B védőoltásra kötelezett.

Az oltás időpontja: az iskola honlapján megtalálható

Oltóorvos: Dr. Tamás Györgyi Iskolavédőnő: Szabó Anikó, tel: 20-5755134

Szíveskedjék a gyermek, **Gyermek-egészségügyi kiskönyvét** (oltási könyv), valamint a **tájékoztatásról szóló igazoló szelvényt** az osztályfőnöknek leadni vagy a védőoltás alkalmával az iskolavédőnőnek átadni.

Ha bármilyen okból a fenti időpontban a gyermeke nem tud megjelenni az oktatási intézményben, illetve ha a gyermeke a védőoltást már megkapta, vagy a védőoltás alól végleges mentességet kapott, akkor ezt kérjük orvos által igazolni.

Tájékoztatom, hogy amennyiben gyermeke kötelező védőoltása, megalapozott orvosi indok nélkül, többszöri értesítés ellenére elmarad, akkor a védőoltás beadását határozattal rendeli el a Pest Megyei Kormányhivatal Szentendrei Járási Hivatal Népegészségügyi Osztálya.

A védőoltással kapcsolatos fontosabb tudnivalók:

Hepatitis B vírus (HBV) vérrel, szövetnedvekkel, váladékokkal (ondó, hüvelyváladék, nyál) terjed. Lappangási idő: 60–90 nap. Fontosabb tünetek: Lassan kezdődik, rendszerint láz nélkül. A betegnél fáradtság, ízületi fájdalmak, étvágytalanság jelentkezik, majd ezt követően a sárgaság. A fertőzés krónikussá válhat.

Az oltás helyén fellépő bőrpír, duzzanat beavatkozás nélkül megszűnik. Jelentkezhet láz, hányás, hasmenés, nyugtalanság. A lázas állapot gondos megfigyelést és folyamatos lázcsillapítást igényel. A tünetek tartós fennállása esetén haladéktalanul jelentkezni kell az oltóorvosnál/házi- gyermekorvosnál ! A védettség kialakulásához 2 oltásra van szükség. A második oltás az első oltást követően 6 hónap múlva esedékes.

A hatályos adatvédelmi törvény (GDPR) miatt kérem nyilatkozzon, hogy az oltási könyvet gyermekének **viszaadhatom / személyesen kívánom átvenni.** (megfelelő alá húzandó)

Személyes átvétel előzetes időpont egyeztetése után lehetséges. (+3620/5755134)

Aláírással igazolom, hogy a Hepatitis B védőoltásról szóló tájékoztatást, valamint az oltóhelyen való megjelenésről szóló értesítést megkaptam és átvettem.

Dátum:.....

Gyermek neve:.....

.....
Törvényes képviselő aláírása