

## Tájékoztató az MMR és dTap 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, MMR és dTap emlékeztető védőoltásra kötelezett.

### **Az oltás időpontja:**

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 az elmúlt 6 hónapban TETANUSZ OLTÁST kapott, 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:**

**MMR oltás:** Morbilli-kanyaró, Mumpsz- fültőmirigy gyulladás, Rubeola- rózsahimlő

*Oltási reakció:* ritkán bőrpír, az oltás után kb.5-12 nappal a bőrön piros, kanyaró-szerű kiütések, láz, esetleg nyálmirigyduzzanat, mely 1-2 napi tart.

**dTap oltás:** d- Diftéria- torokgyík, Tetanus- merevgörcs, ap-Pertussis- számarköhögés,

*Oltási reakció:* helyi bőrpír, hőemelkedés, láz, végtagfájdalom.

Az oltás helyén fellépő bőrpír, duzzanat beavatkozás nélkül megszűnik. Jelentkezhet láz. A lázas állapot gondos megfigyelést és folyamatos lázcsillapítást igényel. A tünetek tartós fennállása esetén haladéktalanul jelentkezni kell az oltóorvosnál/házi- gyermekorvosnál !

---

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

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

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

Dátum:.....

Gyermek neve:.....

Törvényes képviselő aláírása:.....