

Vaccination mot stelkramp, difteri och kikhosta i år 8

Information

- *Detta blir ditt barns 5:e och sista vaccinationsdos av Diteki i barnvaccinationsprogrammet. De fyra första doserna gavs på barnvårdscentralen.*
- *Barn som redan har fullgott skydd bör inte vaccineras. Notera därför här nedan om ditt barn på grund av skada har fått stelkrampsspruta på annat sätt än i skolan.*
- *Det är olämpligt att vaccinera barn vid akuta infektioner.*
- *Reaktioner efter vaccinationen kan uppträda till exempel i form av lokal ömhet, stelhet, rodnad och svullnad. Besvären uppträder i regel under första dygnet och kvarstår i cirka en vecka. Huvudvärk och feber förekommer i enstaka fall.*
- *Från och med den 1 januari 2013 registreras alla givna vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn, ett nytt vaccinationsregister som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.*
- *Läs gärna mer om vaccinationer på www.1177.se och/eller www.folkhalsomyndigheten.se*

Vaccination kommer att ske på

Skola:	Datum:
--------	--------

Har du några frågor så tar du kontakt med skolsköterskan

Telefon skolsköterska

Eleven

Namn:	Personnr:
Skola:	Klass:

Har ditt barn tidigare, i samband med sårskada, fått någon injektion mot stelkramp och difteri?

- JA, ange år..... NEJ

Har ditt barn reagerat kraftigt tidigare på vaccination mot stelkramp, difteri och kikhosta?

- JA, på vilket sätt.....
 NEJ

Har ditt någon svår allergi, långvarig sjukdom eller regelbunden medicinering?

- JA (om ja, lämnar du mer upplysningar på baksidan)
 NEJ

Tillåter du/ni att ditt/ert barn vaccineras mot stelkramp, difteri och kikhosta?

- JA NEJ

Upplysningar

--

Underskrift

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under, annars kan inte vaccinationen ges

Vårdnadshavares underskrift:		Vårdnadshavares underskrift:	
Namnförtydligande:		Namnförtydligande:	
Telefon dagtid:	Datum:	Telefon dagtid:	Datum:

Åter till skolsköterskan eller klassläraren senast den