

תאריך _____

להורי התלמיד/ה
שלום רב,**דף מידע להורים לפני מתן חיסון שפעת**

הננו מבקשים להודיעכם כי בשנת לימודים זו יקבל ילדכם חיסון **נגד שפעת**.
החיסון נגד שפעת יקטין את הסיכוי לחלות במחלה וסיבוכיה.
החיסון יינתן בזריקה אחת בזרוע.

במקרים הבאים יש להודיע לאחות בית הספר:

- אם ביום מתן החיסון הילד סובל ממחלת חום חדה. במקרה זה עשויה האחות להחליט שמתן החיסון יידחה עד להחלמה.
- אם לילדכם הייתה תגובה קשה לאחר מנה קודמת של חיסון נגד שפעת.
- האם לילדכם הייתה תגובה אלרגית מסוג אנפילקטי כגון: לתרופות, מזון, חיסון או ללטקס.
- **אם ילדכם קיבל חיסון נגד שפעת בשנת הלימודים הנוכחית נא לציין תאריך:** _____

למידע זה חשיבות גבוהה לצורך קבלת החלטה על ביצוע החיסון.

תופעות אפשריות לאחר החיסון:

תופעות מקומיות הן אודם, כאבים מקומיים ונפיחות באזור ההזרקה, הנמשכים לרוב כיום או יומיים לאחר החיסון.
תופעות כלליות הן חום, צרידות, שיעול, גירוי בעיניים, כאבי שרירים, כאבי ראש, גרד, עייפות, הנמשכים לרוב כיום או יומיים לאחר החיסון.
התופעה הבאה הנה נדירה ביותר: תגובה אלרגית, לרבות תגובה אלרגית מיידית מסוג אנפילקטי.

**ילדים מתחת לגיל 9 שנים, שלא קיבלו עד היום לפחות שתי מנות חיסון נגד שפעת, יש להשלים מנה שנייה של החיסון נגד שפעת בקופת חולים, 4 שבועות לפחות לאחר קבלת המנה הראשונה.
מנה זו ניתן להשלים עם כל תרכיב רשום נגד שפעת.**

החיסון יינתן בתאריך _____.

נבקשכם לשלוח את פנקס החיסונים של ילדכם לבית הספר, עד לתאריך _____.

לפרטים נוספים ניתן להיכנס לאתר משרד הבריאות

<http://www.health.gov.il/Subjects/vaccines/flu/Pages/default.aspx>



תודה על שיתוף הפעולה,

בברכה,

שם וחותמת אחות בית הספר

מידע אודות שירותי בריאות התלמיד

www.natali.co.il

1-700-504-121

pniot-edu@natali.co.il

ימים א'-ה' 08:30-17:30