

תאריך: _____

להורי התלמיד/ה
שלום רב,

**דף מידע להורים לפני מתן חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס),
שעלת ושיתוק ילדים (Tdap – IPV)
עדכון יוני 2017**

על פי תוכנית החיסונים השגרית הנהוגה במדינת ישראל, יקבל ילדכם, מנת דחף של חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס), שעלת ושיתוק ילדים (Tdap – IPV).

חיסון נגד מחלות אלה מונע מחלות העלולות להסתיים בסיבוכים קשים ואף קטלניים. החיסון יינתן בזריקה אחת בזרוע.

במקרים הבאים יש להודיע לאחות בית ספר:

- אם ביום מתן החיסון ילדכם סובל ממחלת חום חדה. במקרה זה עשויה האחות להחליט שידחה מתן החיסון עד החלמה.
- אם לילדכם הייתה תגובה חמורה (תופעת לוואי) כלשהי לאחר מנה קודמת של חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת, תוך 7 ימים מיום קבלת החיסון.
- האם לילדכם הייתה תגובה אלרגית מסוג אנפילקטי, כגון: לתרופות, מזון, חיסון או ללטקס.
- האם ילדכם סובל ממחלה נירולוגית (כגון מחלת הנפילה - אפילפסיה).

למידע זה חשיבות גבוהה לצורך קבלת החלטה על ביצוע החיסון.

לחלק מהתלמידים יתכנו תופעות (תגובות) לאחר קבלת החיסון, אלו לרוב תופעות קלות וחולפות. בכל מקרה קבלת החיסון נגד המחלות הללו בטוחה הרבה יותר מהידבקות באחת מהן.

תופעות מקומיות הן אודם, נפיחות וכאבים באזור ההזרקה ולעיתים לאורך הגפה.
תופעות כלליות הן בחילה, הקאה, חוסר תיאבון, סחרחורת, שלשול, כאבי ראש, אי שקט, ישנוניות, עצבנות, חום, כאבי שרירים, כאבי פרקים, הגדלת בלוטות הלימפה.
תופעות נירולוגיות, אלרגיות, לרבות תגובה אלרגית מיידית מסוג אנפילקטי, הן נדירות ביותר.

החיסון יינתן בתאריך _____

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

לפרטים נוספים ניתן להיכנס לאתר משרד הבריאות בקישור

https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/Childbirth/Vaccination_of_infants/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

pnio-educ@natali.co.il

ימים א'-ה' 08:30-17:30