

COVID-19

Ваксинация срещу COVID-19

(Този документ е предназначен за училищни лекари и медицински сестри)

Уважаеми господине/госпожо/родители,

Нашата услуга/център ще предлага **безплатни** ваксинации срещу SARS-CoV-2 (COVID-19) за ученици на възраст над 12 години. Пълната ваксинация изисква 2 дози: първа доза, последвана 3 седмици по-късно от втора доза. Тази услуга за ваксиниране ще бъде достъпна през първия срок от учебната година, но само **със съгласието на родител (подписан формуляр за съгласие)**.

Ако желаете, можете да присъствате на ваксинацията на детето си, за да получите своя собствена ваксина.

ВАКСИНАТА ЗАЩИТАВА ОТ COVID-19:

Covid-19 е инфекциозно заболяване, което засяга хората по различен начин.

Физическите признаци могат да варират от пълна липса на симптоми до наличие на умерени симптоми (грипоподобни симптоми, затруднено дишане, храносмилателни проблеми и др.). Някои хора могат да развият тежка дихателна недостатъчност, изискваща хоспитализация или дори интензивно лечение.

ВАКСИНАЦИЯ:

Вашето дете ще бъде инжектирано в горната част на ръката.

РЕАКЦИИ СЛЕД ВАКСИНАЦИЯ:

Най-честите нежелани реакции при тийнейджъри на възраст от 12 до 15 години са болка на мястото на инжектиране (>90%), умора и главоболие (>70%), мускулни болки и температура (>40%), болки в ставите и температура (>20 %).

За повече информация относно съобщаването на странични ефекти в Белгия, моля, посетете уебсайта на Федералната агенция по лекарствата и здравните продукти (AFMPS - <https://www.afmps.be/fr>).

КОЙ МОЖЕ ДА ВАКСИНИРА ДЕТЕТО ВИ?

Училищният медицински екип може да ваксинира детето Ви безплатно.

Ваксината също може да се прилага и във ваксинационен център във Вашия регион.

СЪГЛАСИЕ ЗА ВАКСИНАЦИЯТА

Моля, уведомете ни за желанията си на следващата страница.

За повече информация относно ваксинацията срещу COVID-19, моля, посетете www.jemevaccine.be

СЪГЛАСИЕ, КОЕТО ТРЯБВА ДА СЕ ПОПЪЛНИ



Формуляр за съгласие за ваксинация

(Този документ е предназначен за училищни лекари и медицински сестри)

Фамилия, име на ученика

Дата на раждане: / /

Училище:

Клас:

Моля, поставете СТИКЕР ЗА ЗДРАВНА
ЗАСТРАХОВКА НА
ИМЕТО НА ВАШЕТО ДЕТЕ или напишете
неговия БЕЛГИЙСКИ НАЦИОНАЛЕН НОМЕР:
- - - - -

МОЛЯ, ПОСТАВЕТЕ ОТМЕТКА В СЪОТВЕТНОТО ПОЛЕ

- Детето ми вече е получило 1 или 2 дози ваксина срещу COVID-19.
Моля, въведете датите или предоставете копие от ваксинационната карта.
1-вата доза е получена на / / 2-рата доза е получена на / /
Име на ваксината:
- Бих искал училищният медицински екип безплатно да ваксинира детето ми срещу COVID-19.
- Ще ваксинирам детето си във ваксинационен център в моя регион.
- В момента не искам детето ми да бъде ваксинирано по следната причина:

ЗА ДА НИ ПОМОГНЕТЕ ДА ВИ ПРЕДЛОЖИМ КАЧЕСТВЕНА УСЛУГА, МОЛЯ, ОТГОВОРЕТЕ НА ТЕЗИ ВЪПРОСИ:

- Детето Ви някога имало ли е тежка алергична реакция към ваксина (напр. подуване на устата или гърлото, затруднено дишане или сърдечен проблем)? ДА НЕ
- Детето Ви страда ли/страдало ли е детето Ви от заболяване, което намалява броя тромбоцити (нарушение на съсирването)? ДА НЕ
- Детето Ви получило ли е ваксина през последните 4 седмици или трябва да получи ваксина в близко бъдеще? ДА НЕ
 - Ако да, коя ваксина и кога е била/ще бъде направена тази ваксина?

Телефонен номер на родител: /

Дата: / /

ПОДПИС(И) НА РОДИТЕЛЯ:

Аз (родителят) искам да бъда ваксиниран(а) едновременно с детето си.