


COVID-19

Vaccinazione contro il COVID-19

(Questo documento è destinato ai medici e agli infermieri nelle scuole)

Gentile Signore/Signora, Gentili Genitori,

Il nostro servizio/centro offrirà vaccinazioni **gratuite** contro il SARS-CoV-2 (COVID-19) agli studenti di età superiore a 12 anni. La vaccinazione completa richiede 2 dosi: una prima dose, seguita da una seconda dose 3 settimane dopo. Questo servizio di vaccinazione sarà disponibile nel primo trimestre dell'anno scolastico, ma soltanto **con l'autorizzazione dei genitori (modulo di consenso informato)**.

Se lo desidera, può essere presente alla vaccinazione di Suo figlio per ricevere anche Lei il vaccino.

IL VACCINO PROTEGGE DAL COVID-19:

Il Covid-19 è una malattia infettiva che colpisce le persone in modo diverso.

I segnali fisici possono variare dalla totale assenza di sintomi alla presenza di sintomi moderati (sintomi simili all'influenza, difficoltà di respirazione, problemi digestivi, ecc.). Alcune persone sviluppano problemi respiratori gravi con la necessità di ospedalizzazione o anche di terapia intensiva.

VACCIAZIONE:

L'iniezione verrà effettuata nel braccio di Suo figlio.

REAZIONI DOPO LA VACCIAZIONE:

Gli effetti indesiderati più comuni negli adolescenti di età compresa fra 12 e 15 anni sono dolore nel punto di iniezione (>90%), stanchezza e mal di testa (>70%), dolore muscolare e brividi (>40%), e dolori articolari e febbre (>20%).

Per ulteriori informazioni su come riferire gli effetti indesiderati in Belgio, si prega di visitare il sito web dell'Agenzia Federale dei Medicinali e dei Prodotti Sanitari (AFMPS - <https://www.afmps.be/fr>).

CHI PUÒ VACCINARE SUO FIGLIO?

Il team medico della scuola può vaccinare Suo figlio gratuitamente.

Il vaccino può anche essere somministrato presso un centro vaccinale nella Sua regione.

CONSENSO ALLA VACCIAZIONE

La preghiamo di indicare ciò che desidera nella pagina seguente.

Per ulteriori informazioni sulla vaccinazione contro il COVID-19, La preghiamo di visitare il sito www.jemevaccines.be



Modulo di consenso alla vaccinazione

(Questo documento è destinato ai medici e agli infermieri nelle scuole)

Cognome e nome dello studente

.....

Data di nascita: / /

Scuola:

Classe:

La preghiamo di apporre un ADESIVO DELL'ASSICURAZIONE SANITARIA A NOME DI SUO FIGLIO o di scrivere il NUMERO DI CODICE FISCALE BELGA: - - . -

SI PREGA DI CONTRASSEGNARE LA CASELLA APPROPRIATA

Mio figlio ha già ricevuto 1 o 2 dosi di vaccino COVID-19.
Si prega di inserire i dati o di fornire una copia della tessera di vaccinazione.
1a dose ricevuta il / / 2a dose ricevuta il / /
Nome del vaccino:

Desidero che il team medico scolastico vaccini gratuitamente mio figlio contro il COVID-19.

Farò vaccinare mio figlio presso un centro vaccinale nella mia regione.

Attualmente non desidero che mio figlio venga vaccinato per il motivo seguente:
.....
.....

PER AIUTARCI AD OFFRIRE UN SERVIZIO DI QUALITÀ, SI PREGA DI RISPONDERE A QUESTE DOMANDE:

- Suo figlio ha mai avuto una reazione allergica grave a un vaccino (come gonfiore della bocca o della gola, difficoltà respiratorie o problemi cardiaci)? Sì NO
- Suo figlio soffre / ha sofferto di una malattia che riduce il numero di piastrine (problemi di coagulazione)? Sì NO
- Suo figlio ha ricevuto un vaccino nelle ultime 4 settimane o è previsto che riceva il vaccino nel prossimo futuro? Sì NO
 - Se sì, quale vaccino e quando è stato/sarà somministrato?

.....

Numero di telefono del genitore: /

Data: / /

FIRMA DEL GENITORE:

Io sottoscritto (genitore) desidero essere vaccinato contemporaneamente a mio figlio.

