

# SZCZEPIENIE PRZECIW COVID-19

(Niniejszy dokument jest przeznaczony dla lekarzy i pielęgniarek szkolnych)

Szanowni Rodzice,

nasze centrum będzie oferować bezpłatne szczepienia przeciw SARS-CoV-2 (COVID-19) uczniom w wieku powyżej 12 lat. Pełne szczepienie wymaga podania 2 dawek; najpierw pierwszej dawki, a 3 tygodnie później drugiej dawki. Szczepienia będą możliwe w pierwszym semestrze roku szkolnego, ale wyłącznie **za zgodą rodziców (podpisany formularz zgody)**.

Jeśli Państwo chcą, mogą się Państwo zgłosić na szczepienie dziecka, aby również otrzymać szczepionkę.

## SZCZEPIONKA CHRONI PRZED COVID-19:

COVID-19 to choroba zakaźna, która dotyka ludzi w różny sposób.

Objawy fizyczne mogą pojawiać się w różnym stopniu; od całkowitego braku objawów do objawów umiarkowanych (objawy grypopodobne, trudności z oddychaniem, problemy trawienne itp.). U niektórych osób rozwinię się ciężka niewydolność oddechowa wymagająca hospitalizacji, a nawet leczenia na oddziale intensywnej terapii.

## SZCZEPIENIE:

Szczepionka zostanie podana w ramię dziecka.

## REAKCJE PO SZCZEPIENIU:

Najczęstsze działania niepożądane u nastolatków w wieku od 12 do 15 lat to ból w miejscu podania szczepionki (>90%), zmęczenie i ból głowy (>70%), ból mięśni i dreszcze (>40%) oraz ból stawów i gorączka (>20%).

Więcej informacji na temat zgłaszania skutków ubocznych w Belgii można znaleźć na stronie Federalnej Agencji ds. Leków i Produktów Leczniczych (AFMPS - <https://www.afmps.be/fr>).

## KTO MOŻE ZASZCZEPIĆ DZIECKO?

Szkolny zespół lekarski może bezpłatnie zaszczepić Państwa dziecko.

Szczepionkę można również podać w centrum szczepień w Państwa regionie.

## ZGODA NA SZCZEPIENIE

Na następnej stronie proszę przekazać nam, jaka jest Państwa decyzja.

Więcej informacji na temat szczepienia przeciw COVID-19 można znaleźć na stronie: [www.jemevaccine.be](http://www.jemevaccine.be).

## C FORMULARZ ZGODY DO WYPEŁNIENIA

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles  
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51  
info@one.be - ONE.be

# Formularz zgody na szczepienie

(Niniejszy dokument jest przeznaczony dla lekarzy i pielęgniarek szkolnych)

Nazwisko, imię ucznia

.....  
.....

Data urodzenia: .....

Szkoła: .....

Klasa: .....

### PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLE

C Moje dziecko otrzymało już jedną lub dwie dawki szczepionki przeciw COVID-19.

Proszę wpisać daty lub dostarczyć kopię certyfikatu szczepienia.

Data podania pierwszej dawki: ..... Data podania drugiej dawki:

.....

Nazwa szczepionki: .....

C Chcę, aby szkolny zespół lekarski bezpłatnie zaszczepił moje dziecko przeciw COVID-19.

C Moje dziecko zostanie zaszczepione w centrum szczepień w moim regionie.

C Obecnie nie chcę, aby moje dziecko zostało zaszczepione z następującego powodu:

.....

.....

**ABY POMÓC NAM OFEROWAĆ WYSOKIEJ JAKOŚCI USŁUGI, PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA NASTĘPUJĄCE PYTANIA:**

ï Czy u Państwa dziecka kiedykolwiek wystąpiła ciężka reakcja alergiczna na szczepionkę (np. obrzęk ust lub gardła, trudności z oddychaniem lub problemy z sercem)? C TAK C NIE

ï Czy Państwa dziecko cierpi/cierpiało na chorobę zmniejszającą liczbę płytek krwi (zaburzenia krzepnięcia)? C TAK C NIE

ï Czy Państwa dziecko zostało zaszczepione w ciągu ostatnich 4 tygodni lub zostanie zaszczepione w najbliższym czasie? C TAK C NIE

ï Jeśli tak, jaka to szczepionka i kiedy została/zostanie podana?

.....  
..

Numer telefonu rodzica: ..... / .....

Data: ..... / ..... / .....

**PODPIS RODZICA:**