

COVID-19

Vaccinarea împotriva COVID-19

(Acest document este destinat medicilor și asistentelor școlare)

Stimate Domn / Doamnă / Părinți,

Serviciul/centrul nostru va oferi în **mod gratuit** vaccinuri împotriva SARS-CoV-2 (COVID-19) elevilor cu vârsta peste 12 ani. Schema completă de vaccinare necesită 2 doze: o primă doză, urmată de 3 săptămâni mai târziu de o a doua doză. Acest serviciu de vaccinare va fi disponibil în primul trimestru al anului școlar, dar numai **cu acordul părinților (formular de consimțământ semnat)**.

Dacă doriți, puteți participa la vaccinarea copilului dvs. pentru a primi propriul vaccin.

VACCINUL PROTEJEAZĂ ÎMPOTRIVA COVID-19:

Covid-19 este o boală infecțioasă care afectează diferit oamenii.

Semnele fizice pot varia de la absența completă a simptomelor la prezența simptomelor moderate (simptome asemănătoare gripei, dificultăți de respirație, probleme digestive etc.). Unele persoane vor dezvolta insuficiență respiratorie severă care necesită spitalizare sau chiar tratament la terapie intensivă.

VACCINARE:

Copilul dvs. va fi injectat în brațul superior.

REAȚII DUPĂ VACCINARE:

Cele mai frecvente efecte secundare la adolescenții cu vârsta cuprinsă între 12 și 15 ani sunt durerea la locul injectării (> 90%), oboseala și durerile de cap (> 70%), durerile musculare și frisoanele (> 40%) și durerile articulare și febra (> 20 %).

Pentru mai multe informații despre raportarea reacțiilor adverse în Belgia, vă rugăm să vizitați site-ul web al Agenției Federale pentru Medicamente și Produse de Sănătate (AFMPS - <https://www.afmps.be/fr>).

CINE VĂ POATE VACCINA COPILUL?

Echipa medicală a școlii vă poate vaccina gratuit copilul.

Vaccinul poate fi administrat și la un centru de vaccinare din regiunea dumneavoastră.

CONSIMȚĂMÂNTUL PENTRU VACCINARE

Vă rugăm să ne anunțați dorințele dvs. pe pagina următoare.

Pentru mai multe informații despre vaccinarea COVID-19, vă rugăm să vizitați www.jemevaccine.be

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT
CARE TREBUIE COMPLETAT



Formular de consimțământ pentru vaccinare

(Acest document este destinat medicilor și asistentelor școlare)

Numele, prenumele elevului

.....

Data nașterii: / /

Școala:

Clasa:

Vă rugăm să atașați un STICKER DE ASIGURARE
A SĂNĂTĂȚII
NUMELE COPILULUI DVS. sau scrieți NUMĂRUL
NAȚIONAL BELGIAN: - - - - - . - - - - - . - - - - - .

VĂ RUGĂM SĂ BIFAȚI CĂSUȚA CORESPUNZĂTOARE

Copilul meu a primit deja 1 sau 2 doze de vaccin COVID-19.

Vă rugăm să introduceți datele sau să furnizați o copie a cardului de vaccinare.

Prima doză primită la / / A doua doză primită la / /

Denumirea vaccinului:

Aș dori ca echipa medicală a școlii să-mi vaccineze în mod gratuit copilul împotriva COVID-19.

Îmi voi vaccina copilul la un centru de vaccinare din regiunea mea.

În prezent nu doresc vaccinarea copilului meu din următorul motiv:
.....

PENTRU A NE AJUTA SĂ OFERIM UN SERVICIU DE CALITATE, VĂ RUGĂM SĂ RĂSPUNDEȚI LA ACESTE ÎNTREBĂRI:

- Copilul dumneavoastră a avut vreodată o reacție alergică severă la un vaccin (de exemplu gura sau gâtul umflat, dificultăți de respirație sau probleme cardiace)? DA NU
- Copilul dumneavoastră suferă de/a suferit copilul dvs. de o boală care reduce numărul de trombocite (tulburare de coagulare)? DA NU
- Copilul dumneavoastră a primit un vaccin în ultimele 4 săptămâni sau urmează să primească un vaccin în viitorul apropiat? DA NU
- Dacă da, ce vaccin și când a fost / va fi administrat acest vaccin?
.....

Numărul de telefon al părintelui: /

Data: / /

SEMNATURA PĂRINTELUI:

Eu (părintele) doresc să fiu vaccinat în același timp cu copilul meu.