

COVID-19

## COVID-19 AŞISI

(Bu belge okul doktorları ve hemşireleri içindir)

Sayın Bay/Bayan/Veliler,

Hizmet merkezimiz 12 yaşından büyük öğrencilere SARS-CoV-2 (COVID-19) aşısını **ücretsiz olarak** sunacaktır. Tam aşılanma 2 doz gerektirir: ilk doz ve bunu takiben 3 hafta sonra da ikinci doz. Bu aşı hizmeti okul yılının ilk yarısı süresince sunulacaktır, ancak **velinin/velilerin onayı gereklidir (imzalı onam formu)**.

Arzu ederseniz, çocuğunuz aşısını olurken ona refakat edebilir ve siz de aşıınızı olabilirsiniz.

### AŞI COVID-19'A KARŞI KORUR:

Covid-19 herkesi farklı etkileyen bulaşıcı bir hastalıktır.

Fiziksel belirtiler, hiçbir belirti görülmemesinden orta şiddette belirtilere (gribe benzer belirtiler, nefes darlığı, sindirim sistemi sorunları vb.) kadar çeşitli derecelerde görülebilmektedir. Bazı kişilerde ciddi derecede solunum yetmezliği görülmekte ve bu kişilerin hastaneye yatması ve hatta yoğun bakım tedavisi görmeleri gerekebilmektedir.

### AŞI:

Aşı çocuğunuzun kolunun üst kısmına enjekte edilecektir.

### AŞI SONRASI REAKSİYONLAR:

12 ila 15 yaşlarındaki gençlerde en sık görülen yan etkiler aşı yerinin ağrması (>%90), yorgunluk ve baş ağrısı (>%70), kas ağrısı ve üşüme (>%40), eklem ağrısı ve ateştir (>%20).

Belçika'da rapor edilen yan etkiler hakkında daha fazla bilgi için Federal İlaç ve Sağlık Ürünleri Dairesinin web sitesine bakabilirsiniz (AFMPS - <https://www.afmps.be/fr>).

### ÇOCUĞUNUZUN AŞISINI KİM YAPABİLİR?

Okuldaki sağlık ekibi çocuğunuzun aşısını ücretsiz olarak yapabilir.

Aşı ayrıca bölgenizdeki bir aşı merkezinde de yapılabilir.

### AŞI ONAYI

Lütfen arzunuzu bir sonraki sayfada belirtin.

COVID-19 aşısı hakkında daha fazla bilgi için şu web sitesine bakabilirsiniz: [www.jemevaccine.be](http://www.jemevaccine.be)

DOLDURULACAK ONAM FORMU



# Aşı Onam Formu

(Bu belge okul doktorları ve hemşireleri içindir)

Öğrencinin soyadı, adı

Doğum tarihi: ..... / ..... / .....

Okul: .....

Sınıf: .....

Lütfen ÇOCUĞUNUZUN ADINI TAŞIYAN BİR SAĞLIK SİGORTASI ETİKETİ yapıştırın veya çocuğunuzun BELÇİKA KİMLİK NUMARASINI yazın: - - - - - . - - - - - . - - - - - .

## LÜTFEN UYGUN KUTUYU İŞARETLEYİN

Çocuğum daha önce 1 veya 2 doz COVID-19 aşısı oldu.  
Lütfen aşı tarihlerini yazın veya aşı kartının bir kopyasını ekleyin.  
1. doz tarihi: ..... / ..... / ..... 2. doz tarihi: ..... / ..... / .....  
Aşının adı: .....

Okuldaki sağlık ekibinin çocuğuma COVID-19 aşısını ücretsiz olarak yapmasını istiyorum.

Çocuğumu bölgemdeki bir aşı merkezinde aşılayacağım.

Şu sebeple çocuğumun aşı olmasını şu an istemiyorum: .....

## KALİTELİ BİR HİZMET VERMEMİZİ SAĞLAMAK İÇİN LÜTFEN BU SORULARI YANITLAYIN:

- Çocuğunuz daha önce bir aşıya alerjik reaksiyon gösterdi mi (örneğin ağızda ve boğazda şişme, nefes darlığı veya kalp sorunu)?  EVET  HAYIR
- Çocuğunuzun trombosit sayısını düşüren bir hastalığı var mı / böyle bir hastalığı daha önce geçirdi mi (pıhtılaşma bozukluğu)?  EVET  HAYIR
- Çocuğunuz son 4 hafta içinde herhangi bir aşı oldu mu veya yakın tarihte herhangi bir aşı olacak mı?  
 EVET  HAYIR
- Yanıtınız evet ise, hangi aşı ve bu aşı ne zaman yapıldı/yapılacak?

Velinin telefon numarası: ..... / .....

Tarih: ..... / ..... / .....

VELİNİN/VELİLERİN İMZASI/İMZALARI:

Ben (veli) de çocuğumla beraber aynı zamanda aşı olmak istiyorum.