

Till vårdnadshavare

Erbjudande om andra dosen vaccin mot nya influensan A (H1N1)

Klass:

Om ert barn redan fått två doser influensavaccin eller inte ska vaccineras kan ni bortse från detta erbjudande.

Vi erbjuder ditt/dina barn från förskoleklass och upp till och med 12 år, att vaccineras med andra dosen mot Influensa A (H1N1) inom skolhälsovården. Friska personer över 13 år har ett fullgott skydd efter en dos och behöver därför inte en andra dos.

Vi rekommenderar att en vårdnadshavare följer med barnet även vid detta tillfälle.

Innan vaccinationen ska ni fylla i eventuella reaktioner/biverkningar efter första dosen (se baksidan). Om barnet haft andra biverkningar än förväntat ska ni kontakta vårdcentralen för en läkarbedömning om en andra dos ska ges.

Datum:

Tid:

Plats för vaccination:

OBS! Ta med vaccinationsintyget som barnet/barnen fick vid första dosen.

Om ni får flera erbjudanden om vaccination inom skolan väljer ni den tid som passar er bäst. De som inte kan komma på erbjuden tid hänvisar vi till vårdcentralen.

Välkomna!

Var god vänd →

c:\documents and settings\rokva\lokala inställningar\temporary internet files\olk7e\erbjudande om andra dosen vaccin mot nya influensan (2).doc

KILS KOMMUN	E-post kommun@kil.se	Organisationsnummer 212000-1751			
Postadress Box 88 665 23 Kil	Besöksadress Kommunhuset Ö Torggatan 2D	Telefon 0554-191 00 vx	Fax 0554-163 16	Bankgiro 109-6510	PlusGiro 12 21 10-0

Barnets namn

Födelsedatum (ÅÅÅÅ-MM-DD-SSSS)-.....-.....

Klass/grupp

Mobilnummer till vårdnadshavare

Reaktioner/biverkningar efter första dosen influensavaccin

Kryssa för lämpligt alternativ

Normal/förväntad reaktion (lätt feberreaktion eller värk i armen)

Har ert barn haft något av följande biverkningar:

Feber över 38,5 grader i mer än två dygn

Annan reaktion/biverkan, beskriv med egna ord och ange hur länge besvären varade

.....

Har ni sökt läkare pga. reaktionerna/biverkningarna ja nej

Läkare har bedömt att dos två ej ska ges

Har ditt barn fått någon vaccination under de senaste fyra veckorna?

nej

ja, denna vaccination:

Har ditt barn någon pågående infektion?

nej ja, denna infektion:

Datum / 2010

.....

.....

Vårdnadshavares underskrift