

**MEFI**

A Miskolc Csoport tagja

Élethosszig tartó gondoskodás

MISKOLCI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI INTÉZET

Tájékoztató Hepatitis B védőoltás esedékességéről és felhívás az oltóhelyen történő megjelenésre**(A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló többszörösen módosított 18/1998. (VI. 3.) NM 5.§ és 15.§ alapján)****Tisztelt Szülő/Gondviselő!**

Tájékoztatjuk, hogy 7. osztályos gyermeke ebben a tanévben két oltásból álló Hepatitis B (fertőző májgyulladás) elleni védőoltásra kötelezett.

A védőoltás beadásának helyszíne: gyermeke iskolájának orvosi szobája**Oltó orvos neve:****Az első oltás tervezett időpontja:****A második oltás tervezett időpontja az első oltás után hat hónappal.****Oltási könyvét gyermeke hozza magával!**

Ha gyermeke bármilyen okból a fenti címen és időpontban nem tud megjelenni, akkor szíveskedjék értesíteni, illetve ha gyermeke a védőoltását már megkapta, vagy a védőoltás beadása alól végleges mentességet kapott, akkor ezt igazolja.

Tájékoztatom arról is, hogy amennyiben gyermeke kötelező védőoltása megalapozott orvosi indok nélkül - többszöri értesítés ellenére - elmarad, akkor a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kormányhivatal Miskolci Járási Hivatal Hatósági Főosztály Népegészségügyi osztálya a védőoltás beadását határozattal rendeli el.

A védőoltással kapcsolatos fontosabb tudnivalók:

A Hepatitis B olyan vírusos fertőző betegség, amely a májat támadja meg. A betegség vérrel, váladékokkal, szexuális úton, vérkészítményekkel, váladékokkal szennyezett orvosi eszközökkel, szerv-szövetátültetés kapcsán, intravénás kábítószer-élvezők közös tű-fecskendő használatával terjed. Lappangási ideje: 30-180 nap, leggyakrabban 60-90 nap. Tünetei: fáradtság, ízületi fájdalmak, étvágytalanság, sárgaság, láz.

A Hepatitis B elleni védetség kialakulásához 2 oltásra van szükség. A második oltás az első oltást követően 6 hónap múlva esedékes. Az oltás helyén kialakulhat bőrpír, duzzanat, mely beavatkozás nélkül megszűnik. Jelentkezhet láz, hányás, hasmenés, nyugtalanság, kiütés, melyek észlelése és tartós fennállása esetén forduljon orvoshoz!

Kérjük a fentiek szíves tudomásul vételét, és a levágandó részt kitöltés utáni visszajuttatását.

Kelt: Miskolc,

iskolaorvos/ iskolavédőnő



Tanuló neve:

Tanuló osztálya:

Tanuló háziorvosának neve:

Aláírással igazolom, hogy a Hepatitis B (fertőző májgyulladás) elleni védőoltásról szóló tájékoztatást, valamint az oltóhelyen való megjelenésről szóló értesítést megkaptam és átvettem.

Kelt:

szülő/gondviselő