Kedves Szülők!

Értesítjük Önöket, hogy a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet értelmében **………………………………………** nevű gyermekük  **HPV** (humán papilloma vírus) elleni választható védőoltás **1 .részletét október** hónapban kapja. A 2. oltás április hónapban várható.

Az oltás helye : Iskolaorvosi rendelő, Bajai III.Béla Gimnázium

Oltási időpontja: ………………………………….. Előre megadott időpontban, beosztás szerint.

Pótoltás időpontja:

Kérjük, aláhúzással jelezzék, ha az alábbiak gyermeküknél előfordulnak:

* Lázgörcs
* Korábbi súlyos oltási szövődmény
* Rendszeres gyógyszerszedés
* Egy hónapon belül más védőoltásban részesült
* HPV elleni védőoltásban már részesült (Cervarix, Gardasil)
* Két héten belül bármilyen akut betegség

(pl. mandulagyulladás)

* Immunológiai betegség
* Neurológiai betegség (pl. epilepszia)
* Allergia (élesztőgomba), asztma
* Krónikus szív- és vesebetegség

HPV ellen adott oltóanyagot a felkar-izomzatba kapják a gyerekek.

Az oltást követően hőemelkedés, láz, bágyadtság, helyi duzzanat, bőrpír, fájdalom léphet fel. Szükség esetén lázcsillapítás, borogatás alkalmazható.

**Ezt az értesítőt aláíratva és az oltási könyvet** az oltás napjára kérjük magukkal hozni!

A rosszullétek elkerülése végett kérjük a gyermek egyen és igyon az oltás előtt.

Dr. Balogh Erika ………………………………….. Aladics Ágnes

Iskolaorvos szülő aláírása Iskolavédőnő