Kedves Szülők!

Értesítjük Önöket, hogy a 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet értelmében …………………………….............................. nevű gyermekük **Hepatitis B** (fertőző májgyulladás) elleni kötelező védőoltás 1.részében részesül **szeptember hónapban.** A 2.részoltás március hónapban esedékes.

Az oltás helye : Iskolaorvosi rendelő, Bajai III.Béla Gimnázium (C-épület)

**Oltás időpontja: előre egyeztetett 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
* Hepatitis-B elleni védőoltásban már részesült (Twinrix, HB-Vax, Engerix-B)
* Két héten belül bármilyen akut

betegség (pl: mandulagyulladás)

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

A **B típusú hepatitis vírus** 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.

Fenti oltások elmaradása esetén gyermekük súlyos következményekkel kísért fertőző betegséget kaphat el, ezért felhívjuk figyelmét arra, hogy gyermekük jelenjen meg a védőoltáson!

Bármilyen okból elmaradt védőoltást utólag meg kell kapnia a gyermeknek!

**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