

Кантон Берн

Кантональна медична служба Управління охорони здоров'я, соціальних питань та інтеграції Управління охорони здоров'я

Згода на вакцинацію

Інформацію про індивідуальні щеплення можна знайти в документі «Рекомендовані щеплення» кантону Берн.

Витрати на щеплення, рекомендовані Федеральним управлінням охорони здоров'я, перераховані тут, покриваються медичним страхуванням (за вирахуванням 10% пайової участі, за винятком програми вакцинації проти ВПЛ: не підлягає пайової участі).

Під час шкільного медичного огляду шкільний лікар перевірить картку вакцинації вашої дитини. Якщо необхідні певні щеплення, шкільний лікар може зробити ці щеплення за вашою згодою або рекомендувати їх вам.

Вік	Щеплення
4-7 років	- Поліомієліт, дифтерія, правець, коклюш
* з 6 років	- * Кліщовий енцефаліт (КЕ) Наздоганяюча вакцинація: - Кір, паротит, краснуха
з 11 років	- Дифтерія, правець, коклюш - гепатит В (2 або 3 дози) - Бактеріальний менингіт (менингококи) - **Вірус папіломи людини (рак шийки матки, генітальні бородавки) (2 або 3 дози) Наздоганяюча вакцинація: - поліомієліт - Кір, паротит, краснуха - ТВЕ

Якщо вашій дитині від 11 до 15 років, і вона ще не захворіла на вітряну віспу (гострочаста віспа), вам слід обговорити можливу вакцинацію проти цього інфекційного захворювання з вашим сімейним лікарем.

Зверніть увагу на такі загальні причини проти вакцинації:

- попередні анафілактичні реакції (=найтяжча алергічна реакція)
- вагітність
- імунодефіцит
- гостре, тяжке захворювання

Згода

Моя дитина повинна отримати наступні щеплення, **якщо на підставі перевірки картки щеплень це необхідно (відзначте все, що підходить):**

- ВСі необхідні щеплення нижче.
- Тільки наступні щеплення:
 - Поліомієліт / дифтерія / правець / коклюш (комбінована вакцина)
 - Кір, епідемічний паротит, краснуха (комбінована вакцина)
 - Бактеріальний менингіт (менингококи)
 - Гепатит В
 - Вірус папіломи людини (рак шийки матки, генітальні бородавки)
 - Кліщовий енцефаліт (КЕ)

Всі щеплення вводяться шприцом (іноді в комбінованому вигляді). Зверніть увагу, що є також шкільні лікарі, які не проводять вакцинацію безпосередньо, а дають вашій дитині письмову рекомендацію.

Прізвище, ім'я дитини:

Назва та адреса медичної страхової компанії:

Страховий номер:

Номер ANV (тільки для вакцинації проти ВПЛ):

Місце і дата: _____

Підпис батьків/опікунів: