

Vaccination mot difteri, stelkramp och kikhosta

De första doserna med vaccin mot difteri, stelkramp och kikhosta erbjuds inom BHV under det första levnadsåret samt vid 5-6 års ålder.

Difteri orsakas av en bakterie som utsöndrar ett gift. Giftet kan skada många av kroppens organ, till exempel hjärtat och njurarna.

Stelkramp orsakas av en bakterie. Den bildar ett gift som blockerar nerver i ryggmärgen och gör att man får kramper i musklerna. Infektionen börjar oftast i ett litet sår som har kommit i kontakt med bakterien, som finns i till exempel jord. Stelkramp smittar inte mellan människor.

Kikhosta orsakas av en bakterie som sprids i luften genom små droppar som kommer från den som hostar eller nyser. Kikhosta smittar mycket lätt. För barn under ett år, som inte har hunnit få fullt skydd av vaccinet, kan kikhosta bli allvarligt. De kan behöva vård på sjukhus.

Vilka biverkningar förekommer? Ömhet, rodnad eller svullnad vid injektionsstället förekommer ibland. Huvudvärk, trötthet, feber och sjukdomskänsla kan förekomma.

Mer information om detta vaccin och de övriga vaccinationer som ingår i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn hittar du på Folkhälsomyndighetens hemsida, www.folkhalsomyndigheten.se

Fr.o.m. 1 januari 2013 registreras alla vaccinationer givna i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn, i det nationella vaccinationsregister som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

VACCINATIONSTILLSTÅND Fylls i av vårdnadshavare och lämnas till skolsköterskan snarast .

UNDERTECKNAS AV BÅDA VÅRDNADSHAVARE OM VÅRDNADEN ÄR GEMENSAM

Elevens namn	Person nr
Skola, Klass	Datum:
Jag ger mitt tillstånd till att mitt barn vaccineras mot difteri, stelkramp och kikhosta.	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, ange gärna varför:	
Har ditt barn fått gammaglobulin eller någon annan vaccination de senaste tre månaderna?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange vilken:	
Har ditt barn svår allergi, långvarig sjukdom eller regelbunden medicinering?	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, ange vad:	
Har Ditt barn fått någon ytterligare vaccination mot sjukdomarna som omnämns ovan än på BVC? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
FÖR EV. Övrig information, använd gärna baksidan:	
Vårdnadshavare 1 underskrift:	Vårdnadshavare 2 underskrift:
Tel bostad/ arbete/mobil	Tel bostad/arbete/mobil