

## Vaccination mot Mässling, Påssjuka och Röda hund

Den första vaccinationen mot mässling, påssjuka och röda hund erbjuds inom BHV vid 18 månader. Vaccinet ges i en spruta med vaccinet Priorix.

**Mässling** är en mycket smittsam och ofta besvärlig sjukdom med hög feber, hosta och långvarig trötthet. I enstaka fall tillstöter hjärninflammation, som kan ge bestående skador.

**Påssjuka** är den vanligaste orsaken till hjärnhinneinflammation hos barn. Den kan också orsaka bestående hörselskador. Pojkar kan få testikelinflammation som kan ge upphov till sterilitet.

**Röda hund** kan ge allvarliga fosterskador om gravida kvinnor blir smittade. Genom att vaccinera alla barn - även pojkar - kan man förhindra att gravida kvinnor smittas med röda hund.

**Vilka biverkningar förekommer?** Ömhet, rodnad eller svullnad vid injektionsstället förekommer

ibland. Feber och utslag kan förekomma 1-2 veckor efter vaccinering. Enstaka barn kan få lindrig ledvärk eller svullnad som vid påssjuka. Besvären brukar försvinna efter ett par dagar och barnet är under tiden inte smittsamt.

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](http://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 mässling, påssjuka och röda hund.	
<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 MPR än på BVC? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Övrig information, använd gärna baksidan:	
Vårdnadshavare 1 underskrift:	Vårdnadshavare 2 underskrift:
Tel bostad/ arbete/mobil	Tel bostad/arbete/mobil