Lugupeetud lapsevanem!

Soovin Teie nõusolekut Teie lapse (ees- ja perekonnanimi) ..................................................................................

järjekordseks vaktsineerimiseks vastavalt riiklikule immuniseerimiskavale **difteeria, teetanuse, läkaköha** vastu.

Immuniseerimiseks kasutatakse difteeria, teetanuse ja läkaköha vastast liitvaktsiini **(DTaP) ADACEL**.

Lapsele tehakse üks süst õlavarre piirkonda. Vaktsineerimisjärgseteks kõrvalnähtudeks võivad olla punetus, valulikkus ja turse süstimiskohas. Harvem võib esineda palavik, pea- ja lihasvalu, halb enesetunne ning väga harva ka nõgestõve lööve. Ülalmainitud nähud kaovad tavaliselt kahe-kolme päeva jooksul.

Üldinfo difteeria, teetanuse, läkaköha vaktsineerimise ja vaktsiini kohta on saadaval:

<https://www.vaktsineeri.ee/et/laste-vaktsineerimine/mille-vastu-saab-vaktsineerida>

Kooliõde: Piret Põldre piret.poldre@tnkp.ee

OLEN NÕUS  EI OLE NÕUS

Lapsevanem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ees- ja perekonnanimi, allkiri, kuupäev)