



תאריך _____

דף מידע להורים לפני מתן חיסון כנגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס) ושעלת –Tdap

(עדכון יוני 2016)

להורי התלמיד/ה שלום רב,

על פי תוכנית החיסונים השגרתית הנהוגה במדינת ישראל, הננו מודיעים לכם כי בשנת לימודים זו יקבל ילדכם מנת דחף של חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס) ושעלת- Tdap.

חיסון נגד מחלות אלה מונע מחלות העלולות להסתיים בסיבוכים קשים ואף קטלניים.

החיסון יינתן בזריקה אחת בזרוע.

במקרים הבאים יש להודיע לאחות בית ספר:

- אם ביום מתן החיסון ילדכם סובל ממחלת חום חדה. במקרה זה עשויה האחות להחליט שידחה מתן החיסון עד להחלמה.
- אם לילדכם הייתה תגובה חמורה כלשהי לאחר מנה קודמת של חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת, תוך 7 ימים מיום קבלת החיסון.
- האם לילדכם הייתה תגובה אלרגית מסוג אנפילקטי כגון: לתרופות, מזון, חיסון או ללטקס
- אם ילדכם סובל ממחלה נירולוגית (כגון מחלת נפילה).

למידע זה חשיבות גבוהה לצורך קבלת החלטה על ביצוע החיסון.

לחלק ממקבלי החיסון תתכן תופעה אחת או יותר, לאחר קבלת החיסון. אלו לרוב תופעות קלות וחולפות.

בכל מקרה קבלת החיסון נגד המחלות הללו בטוחה הרבה יותר מהידבקות באחת מהן.

תופעות מקומיות הן אודם, נפיחות וכאבים באזור ההזרקה ולעיתים לאורך הגפה.

תופעות כלליות הן בחילה, הקאה, חוסר תיאבון, סחרחורת, שלשול, כאבי ראש, אי שקט, ישנוניות, עצבנות חום, כאבי שרירים, כאבי פרקים, הגדלת בלוטות הלימפה.

תופעות נירולוגיות, אלרגיות, לרבות תגובה אלרגית מיידית מסוג אנפילקטי, הן נדירות ביותר.



שרותי בריאות הציבור
המחלקה לסייעוד בבריאות הציבור
Public Health Services - Department of Public Health Nursing

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

החיסון יינתן בתאריך _____
נבקשכם לשלוח את פנקס החיסונים של ילדכם לבית הספר, עד תאריך _____

תודה על שיתוף הפעולה
בברכה,
שם וחותמת אחות בית הספר
