|  |
| --- |
|  |
| **Beleid en strategie**Huis van het GO!Willebroekkaai 361000 Brusselinfo@g-o.bewww.g-o.be | adres (max. 6 regels) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| vragen naar | e-mail | telefoon | datum |
| naam | naam**@g-o.be** | 00 000 00 00 | datum |

|  |
| --- |
| **Toestemming vaccinatie HIB** |

Beste ouders,

We raden aan uw dochter/zoon te laten inenten tegen **infecties met *Haemophilus influenzae* type b** (zie bijgevoegde brief). U kunt uw kind laten inenten door de CLB-arts of door uw huisarts of kinderarts.

Bezorg ons deze **toestemmingsbrief met uw keuze** ingevuld en ondertekend zo snel mogelijk terug.

**Mogelijke reacties na de inenting:**

* Op de plaats van de inspuiting, de bovenarm, kan een reactie optreden zoals roodheid, pijn en zwelling.
* Koorts en vermoeidheid kunnen optreden.
* Uitzonderlijk kan uw kind een verminderde eetlust hebben.

Deze reacties zijn volkomen normaal en zijn meestal na één of twee dagen verdwenen.

Zeldzaam kan er een hevige reactie optreden of loopt de koorts op boven 39,5°C. Het is dan nodig de huisarts te raadplegen.

Voor verdere vragen kan u steeds terecht bij het CLB op het nummer xx xxx xx xx

Met vriendelijke groeten,

< naam CLB-arts >,

de CLB-arts

Bijlagen: <aantal bijlagen

**TOESTEMMING INENTING**

**HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B (Infanrix hexa®)**

Naam + voornaam van uw dochter/zoon: ………………………………………………………

Geboortedatum: …../…../…..

School + klas: ……………………………..

Kruis de gewenste keuze aan.

o Ik wens dat de CLB-arts mijn dochter/zoon gratis inent tegen infecties met *Haemophilus*

*influenzae* type b.

o Ik wens mijn dochter/zoon te laten inenten door de huisarts/kinderarts. (Laat onderstaande

strook invullen door de arts die uw kind inent.)

o Mijn dochter/zoon kreeg reeds 4 dosissen van het vaccin tegen infecties met *Haemophilus*

*influenzae* type b op: …………………………..……………….................................................

o Ik wens mijn dochter/zoon niet te laten inenten om de volgende reden:

.............................................…………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………………………..

Heeft uw kind in het verleden allergisch gereageerd met opzwellen van mond of keel, moeite

om te ademen of problemen met het hart op een inenting, na het gebruik van de antibiotica

neomycine of polymyxine B, na het eten van gist of na contact met latex? ja/neen\*

Zo ja, welke reactie? ................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Heeft uw kind vroeger een andere ernstige reactie vertoond op een inenting? ja/neen\*

Zo ja, welke reactie en na welk vaccin?.....................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………..

Neemt uw kind momenteel medicatie? ja/neen\*

Zo ja, welke?...............................................................................................................

\* schrappen wat niet past

Datum: Handtekening ouder(s)/voogd:

**Laat deze strook invullen door de huisarts of kinderarts** (indien van toepassing).

Naam + voornaam van uw zoon/dochter: ……………………………………………………

Geboortedatum: …../…../…..

School + klas: ……………………………..

werd ingeënt tegen infecties met *Haemophilus influenzae* type b op …………………………..

met (merknaam vaccin):……..………………

Datum: Handtekening arts: Stempel: