



H7b | יולי 2014

תאריך 9/10/14

דף מידע להורים לפני מתן חיסון גרדסיל כנגד נגיף הפפילומה (HPV)

להורים שלום רב,

בשנת 2013 התחיל משרד הבריאות לחסן תלמידות כיתה ח' נגד נגיף הפפילומה באדם (HPV) על מנת להגן עליהן מפני סוגים שונים של מחלת הסרטן ומחלות אחרות שהגורם להן הוא נגיף זה. בשנת לימודים זו בתכם מועמדת לקבל את החיסון.

החיסון נגד נגיף הפפילומה הוא חלק מחיסוני השגרה בלמעלה מ-50 מדינות ביניהן ארה"ב, אוסטרליה, ומדינות מערב אירופה. מחקרים מראים שבמדינות בהן החיסון ניתן תוך מספר שנים חלה ירידה משמעותית בהידבקויות בנגיף ובתחלואה בקרב האוכלוסייה המחסונת.

החיסון יעיל ובטוח. משנת פיתוח החיסון נתנו מעל ל-175 מיליון מנות של החיסון. מחקרים רחבי היקף בארה"ב ובסקנדינביה לא מצאו עדויות לתופעות חריגות או משמעותיות לאחר החיסון. הניסיון מהשנה האחרונה עם מתן חיסון בישראל מלמד אף הוא על בטיחותו.

החיסון ניתן בזריקה לשריר הזרוע בשלוש מנות בתקופה של חצי שנה. מנה ראשונה, לאחר כחודש מנה שנייה ומנה שלישית כ-6 חודשים מהמנה הראשונה. יש חשיבות רבה בהשלמת כל שלושת החיסונים במועדים שנקבעו על מנת להבטיח הגנה מלאה מהנגיף. תרכיב נגד נגיף פפילומה יכול להינתן עם החיסון נגד אסכרה פלצת ושעלת (הניתן לתלמידי כיתה ח') ועם חיסונים אחרים בו זמנית במקומות שונים בגוף.

במקרים הבאים יש להודיע לאחות בית ספר:

- אם ביום מתן החיסון בתכם סובלת ממחלת חום חדה.
 - אם לבתכם הייתה תגובה (תופעת לוואי) קשה לאחר מנה קודמת של אותו חיסון.
 - אם בתכם חוסנה בחיסון זה בעבר.
- למידע זה חשיבות גבוהה לצורך קבלת החלטה על ביצוע החיסון. לחלק מהתלמידות יתכנו תופעות לאחר קבלת החיסון, אלו לרוב תופעות קלות וחולפות.
- תופעות מקומיות** הן אודם, כאבים מקומיים ונפיחות באזור ההזרקה.
- תופעות כלליות** הן עליות חום מיום החיסון ועד היום ה-15 לאחר החיסון, כאבי ראש, סחרחורות, הרגשה כללית רעה, כאבי שרירים כאבי פרקים ויתכנו כאבי בטן, בחילות שלשולים והקאות.
- תופעות אלרגיות, לרבות תגובה אלרגית מיידית מסוג אנפילקטי, הן נדירות ביותר.
- החיסון יינתן בתאריך 30/10/14. מנה זו הינה 1/2 מתוך 3 מנות.
- נבקשכם לשלוח את פנקס החיסונים של בתכם לבית הספר.**

טובה איטון
אחות בית ספר
פמי בריאות

תודה על שיתוף הפעולה,

שם וחותמת. אחות בית הספר

052-4235172

מוקד שירותי בריאות התלמיד לשירותכם!

(ימים א'-ה' 08:30-17:30)

03-5688599

שאלון להורה בטרם מתן חיסון

(טלפוני או למילוי עצמי במרכז השלמות)

שם בית הספר: _____ ישוב: _____ איזור: _____

שם התלמיד: _____ מס' ת.ז: _____ הכיתה: _____

תאריך לידה: _____ מין: ז / נ שם ההורה: _____ טלפון נייד: _____

שם החיסון המתוכנן: גרבסל כנגד נגיף הפפילומה (HPV)

ניתנה הדרכה לגבי החיסון המתוכנן: כן / לא

האם ההורה מאשר את מתן החיסון: כן / לא

1. האם בן / בתך סובלת/ממחלת חום היום? כן/לא. פרט: _____

2. האם יש לבנך/בתך בעיה בריאותית/כרונית (כגון: אסטמה, סכרת נעורים, אפילפסיה, ליקוי במערכת החיסון וכד')? כן/לא. פרט: _____

3. האם בן/בתך נוטלת/תרוכה/ות באופן קבוע? כן/לא. פרט: _____

4. האם בן/בתך סובלת מרגישות לתרופות או למזון? כן/לא. פרט: _____

5. האם בן / בתך חוסן/נה בכל חיסוני השיגרה בילדות? כן/לא.

במידה ולא, פרט באיזה חיסון לא חוסן/ה: _____

סיבה: _____

6. האם לבנך/בתך הייתה תגובה אלרגית מידית מסוג אנפלקטי? כן/לא

פרט באיזה חיסון: _____ תיאור התגובה: _____

7. האם לבנך/בתך פיתח/ה תופעות לוואי כלשהיא לאחר מנה קודמת של חיסון? כן/לא

פרט: _____

8. האם בן/בתך קיבל/ה חיסון כלשהו בחודש /שנה האחרונה מחוץ למסגרת ביה"ס? כן/לא

שם החיסון: _____ תאריך: _____

9. אחר _____

אני מאשר/ת לחסן את בני /בתי בחיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.

_____ התאריך _____ שם ההורה _____ ת.ז _____ חתימת ההורה _____

באישור טלפוני :

_____ תאריך השיחה _____ שם ההורה המאשר _____ ת.ז. ההורה המאשר _____ שם האחות המראיינת _____ חתימת האחות _____

התלמיד הנ"ל חוסן במוקד השלמות/בית ספר באזור: _____ בתאריך: _____

סוג החיסון: _____ שם התרכיב/שם היצרן: _____ מס' אצווה: _____

סוג החיסון: _____ שם התרכיב/שם היצרן: _____ מס' אצווה: _____

סוג החיסון: _____ שם התרכיב/שם היצרן: _____ מס' אצווה: _____

שם האחות המחסנת: _____ חתימת האחות המחסנת: _____