

שאלון להורה בטרם מתן חיסון
(טלפוני או למילוי עצמי במרכז השלמות)

שם בית הספר: _____ יישוב: _____ איזור: _____
 התלמיד _____
 השם _____ מס' ת.ז. _____ הכיתה _____

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

שם החיסון המתוכנן: _____

- ננתנה הדרכה לגבי החיסון המתוכנן: _____ כן לא
 האם ההורה מאשר את מתן החיסון: _____ כן לא
 1. האם בנך/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 בנך/בתך נוטלת/תרופה/ות באופן קבוע? _____ כן לא
 פרט: _____
 4. האם בנך/בתך סובלת/מרגישות לתרופות/למזון/לחיסונים/ללטקס? _____ כן לא
 פרט: _____
 5. האם בנך/בתך חוסן/נה בכל חיסוני השיגרה בילדות? _____ כן לא
 במידה ולא, פרט באיזה חיסון לא חוסן/נה: _____
 סיבה: _____
 6. האם לבנך/בתך הייתה תגובה אלרגית מיידית מסוג אנפלקטי (כגון: לתרופות, למזון, לחיסונים, ללטקס)? _____ כן לא
 פרט באיזה חיסון: _____
 תיאור התגובה: _____
 7. האם לבנך/בתך הייתה תגובה חמורה (תופעת לוואי) כלשהי לאחר מנה קודמת של חיסון? _____ כן לא
 8. האם בנך/בתך קיבלה/חיסון בחודש/שנה האחרונה מחוץ למסגרת ביה"ס? _____ כן לא
 שם החיסון: _____ תאריך: _____
 9. אחר _____

* **אני מאשר/ת לבצע בדיקות סינון** **שמיעה** **גדילה** **ראיה** - **לפי תוכנית משרד הבריאות.**
 * **אני מאשר/ת לחסן את בני/ביתי בחיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.**

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

* **באישור טלפוני:**

שם ההורה המאשר _____ השעה _____ תאריך השיחה _____

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 _____

מידע אודות שירותי בריאות התלמיד