

**Till vårdnadshavare**  
**Erbjudande om vaccination**

**Påfyllnadsdos av vaccin mot  
stelkramp, difteri och kikhosta**

**i årskurs 8-9**

Stelkramp, difteri och kikhosta dos fem ingår i  
det allmänna vaccinationsprogrammet för barn  
(HSLF-FS 2016:51).

**Elevhälsans medicinska del**  
Skolhälsovården

## Fakta om sjukdomarna

**DIFTERI** är en mycket smittsam och allvarlig halssinfektion som kan orsaka kvävning hos barn. Difteribakterien utsöndrar ett gift som kan ge livshotande skador på bland annat hjärta, njurar och nervsystem.

**STELKRAMP** orsakas av en bakterie som finns i jord och kan finnas i djursavföring. Bakterien kan infektera sår och producerar ett starkt gift som orsakar svåra krampor och andningsförlamning, ibland med dödlig utgång. Sjukdomen smittar inte mellan människor.

**KIKHOSTA** är en mycket smittsam luftvägsinfektion som kan pågå i flera månader med svåra hostattacker och leda till följsjukdomar som lunginflammation. För spädbarn kan sjukdomen vara livshotande.

Elev som inte vaccinerats fullständigt vaccineras enligt individuellt vaccinationsprogram.

Elev som inte är fullständigt vaccinerad erbjuds vaccination tills fullgott skydd har uppnåtts.

### Upplysning

- Barn som redan har fullgott skydd bör inte vaccineras. Notera därför här nedan om ditt barn på grund av skada fått stelkrampsspruta på annat ställe än i skolan.
- Det är olämpligt att vaccinera barn i samband akuta infektioner.
- Reaktionen efter vaccinationer kan uppträda, t ex i form av lokal ömhet, stelhet, rodnad och svullnad. Besvären uppträder i regel under första dygnet och kvarstår ca en vecka. Huvudvärk och feber förekommer i enstaka fall.
- Fr o m 1 januari 2013 registreras alla givna vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn, i ett nytt vaccinationsregister som Folkhälsomyndigheten ansvarar för.

*Skolsköterskan*

Till vårdnadshavare

Erbjudande om vaccination

## Stelkramp, difteri och kikhosta

### PÅFYLNLADSDOS

Elevens namn	Personnummer	Årskurs/Klass
--------------	--------------	---------------

Har ditt barn tidigare i samband med särskada fått någon infektion mot stelkramp och difteri?  Ja, år .....  Nej

Har ditt barn reagerat kraftigt på tidigare vaccination mot stelkramp, difteri och kikhosta?  Ja  Nej

På vilket sätt .....

Gör du ditt tillstånd till att ditt barn vaccineras mot stelkramp, difteri och kikhosta?  Ja  Nej

### Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam

Förälders/Vårdnadshavares namnteckning	Förälders/Vårdnadshavares namnteckning		
Namnförtydligande	Namnförtydligande		
Datum	Datum	Telefon dagtid (övern riktn)	Telefon dagtid (övern riktn)

Lämnas av elev till klassföreståndare/mentor  
för vidarebefordran till skolsköterskan.