

TÁJÉKOZTATÓ AZ INFLUENZA ELLENI VÉDŐOLTÁSRÓL

A kórházban ápolt krónikus betegeket a téli időszakban kezdődő influenzajárványok fokozottan veszélyeztetik. Az influenza elkerülésének leghatékonyabb eszköze a védőoltás időben történő beadása. Ez a beteg tájékoztató az Ön és hozzátartozója tájékoztatását szolgálja.

A járványügyi szakemberek véleménye szerint ebben a szezonban is várható influenzajárvány megjelenése. Az egészségügyi hatóságok térítésmentes védőoltás biztosításával és az oltások megszervezésével kívánják megelőzni nagyobb hazai járvány kialakulását. Ennek érdekében felhívjuk figyelmét a szezonális influenza elleni oltás jelentőségére.

MILYEN BETEGSÉGEK ESETÉN ALKALMAZHATÓ ÉS HOGYAN FEJTI KI HATÁSÁT A **3 FLUART** SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ?

- A vakcina influenza fertőzések megelőzésére használható.
- A vakcina azon influenza vírustörzsek okozta fertőzések ellen nyújt védelmet, amelyek antigén szerkezete ugyanolyan vagy hasonló, mint a vakcinához felhasznált törzsé.
- A vakcinát a mellékelt útmutatónak megfelelően kell alkalmazni.

A klinikai vizsgálat és az évtizedes tapasztalatok eredménye alapján a **3 FLUART** szezonális influenza elleni vakcina eredményesen alkalmazható gyermekekben és felnőttekben egyaránt.

LEHETSÉGES OLTÁSI REAKCIÓK/MELLÉKHATÁSOK:

Mint minden oltóanyag, így **3 FLUART** is okozhat oltási reakciókat, amelyek azonban nem mindenkinél jelentkeznek. *A 18-60 éves felnőttek, és a 60 éven felüli idősök körében az alábbi nem kívánatos mellékhatásokat és oltási reakciókat észlelték:*

Általános tünetek, az alkalmazás helyén fellépő reakciók:

Gyakori: fájdalom, bőrpír, duzzanat és beszűrődés az oltás helyén; fáradtságérzet, rossz közérzet.

Nem gyakori: fejfájás, ízületi fájdalom, verítékezés, izomfájdalom, láz, hányinger, gyermekeknél hasmenés.

Ezen reakciók mindegyike enyhe és rövid lefolyású volt, kezelés nélkül is 1-2 napon belül elmúltak. Súlyos mellékhatást nem tapasztaltak.

K É R E L E M

influenza elleni védőoltás beadására

Alulírott kijelentem, hogy az influenzával kapcsolatos teljes körű tájékoztatást megkaptam, felvilágosítottak a lehetséges oltási reakciókról, ezek alapján kérem a szezonális influenza elleni védőoltás beadását.

Szombathely, 20

.....
orvos aláírása

.....
beteg vagy törvényes képviselő aláírása

Páciens neve:.....

Születési ideje:.....

Lakcíme:.....