**Vaccineren**

Schooljaar 2015-2016

Naam + voornaam leerling: ……………………………………………………....

Geboortedatum: ……………………………..

School + klas: ……………………………..

۲۰۱۵-۲۰۱۶ ښوونځي کال

د زده کوونکي کورنۍ+اصلي نوم: ……………………………………………………....

د زیږدې نیټه: ……………………………..

ښوونځی+ ټولګی: ……………………………..

Geachte ouder,

Beste leerling,

ګرانو میندو او پلرونو،

ګرانه زده کوونکی،

De Vlaamse overheid biedt inentingen aan tegen bepaalde ziekten. Volgens onze gegevens ontbreken de aangekruiste inentingen.

د فلندرز حکومت د ځانګړو ناروغیو پر وړاندې واکسینونه ورکوي. زموږ له معلوماتو سره سم، ستاسو د واکسین اړتیا په نښه شوې نده.

|  |
| --- |
| … inenting tegen **tetanus-difterie-pertussis** (klem-kroep-kinkhoest) |
| … inenting(en) tegen **polio** (kinderverlamming) |
| ... inenting(en) tegen **mazelen-bof-rubella** (mazelen-dikoor-rodehond)\*  ... inenting(en) tegen **hepatitis B** |
| 1 inenting tegen **meningokokken serogroep C** |

|  |
| --- |
| … **د تیتانوس-ډیفټري-تور ټوخي** (lockjaw-croup-whooping cough) پر وړاندې واکسین |
| … د **پولیو** (د کوچنیانو فلج) پر وړاندې واکسین (ونه) |
| ... د **شري-چیچک- کله چرک\*** پر وړاندې واکسین (ونه)**\***  ... د **هیپاټایټس B** پر وړاندې واکسین (ونه) |
| ۱ واکسین د **ګروپ C میننګوکسي** پر وړاندې |

\*na de vaccinatie met het mazelen-bof-rubellavaccin moet er bij meisjes op vruchtbare leeftijd, zo nodig, gedurende 1 maand een betrouwbaar voorbehoedsmiddel tegen zwangerschap gebruikt worden.

\*د شري-چیچک-کله چرک واکسین څخه وروسته، که چېرته اړینه وي انجونې چې د اولاد زیږونې عمر لري باید له بلارتوب څخه د مخنیوی لپاره له واکسین څخه ۱ میاشت وروسته د امیندواری ضد درمل یا توکي وکاروي.

**Om toestemming te geven voor het toedienen van deze ontbrekende inentingen: zie keerzijde a.u.b.!**

**د دې واکسینونو بشپړولو لپاره: مهرباني وکړئ موږ ته مراجعه وکړئ!**

* We vinden niet alleen de mening en keuze van de ouders maar ook die van de leerling erg belangrijk. Daarom vragen we om deze toestemming samen te bespreken.
* De ingevulde toestemmingsbrief kan op school worden afgegeven.
* د مور او پلار د نظر او پریکړې برسیره د زده کوونکي نظر او پریکړه هم ډیره اړینه ده. نوپدې دلیل، مهرباني وکړئ د دې اجازې په اړه یوځای سره بحث وکړئ.
* د اجازه لیک بشپړول په ښوونځي کې امکان لري.

**Meer uitleg** over het inenten en de ziektes waartegen ingeënt wordt: **zie bijgevoegde brief**.

د واکسین او هغه ناروغیو په اړه چې د هغوي پر وړاندې واکسین اغیزه لري د **لازیاتو معلوماتو په اړه: ضمیمه شوې لیک وګورئ.**

* Deze brief met uitleg mag u bijhouden.
* دا لیک سره له تشریح ساتلی شئ.

Indien u nog vragen heeft, kan u steeds met ons contact opnemen. We zijn bereikbaar op het telefoonnummer: xx/xxx xx xx

که چېرته کومه پوښتنه لرئ نو مهرباني وکړئ له موږ سره اړیکه ونیسئ. تاسو کولی شئ له موږ سره د ټلیفون: xx/xxx xx xxپه شمېره اړیکه ونیسئ

Met dank voor uw medewerking,

De CLB-arts en CLB-verpleegkundige

ستاسو له مرستې مننه،

د CLB ډاکټر او د CLB نرس

(DEZE BRIEF INVULLEN EN TERUG AFGEVEN OP SCHOOL A.U.B.)

TOESTEMMINGSBRIEF

**inhaalvaccinaties**

(مهرباني وکړئ دا لیک بشپړ او ښوونځی ته یې تسلیم کړئ)

اجازه لیک

**بشپړونکی واکسین**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kruis de gewenste keuze aan.**  🞏 Ik wens dat het **CLB** mijn kind gratis de aangekruiste inentingen toedient. 🞏 Ik wens mijn kind te laten inenten door de **huisarts/kinderarts**. Verwittig de huisarts/kinderarts, zo kan hij/zij het vaccin vooraf bestellen.  🞏 Mijn kind kreeg de inenting(en) ………………………… al op: …../…../…..  ……………………….. al op: …../…../…..  🞏 Ik weiger mijn kind te laten inenten om volgende redenen: ..................................................................................... |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مهرباني وکړئ له یوې چلیپا سره د خوښې غوراوی په نښه کړئ.**  🞏 زه غواړم چې **CLB** زما ماشوم ته نښه شوې واکسین په وړیا توګه ورکړي.  🞏 زه غواړم چې زمان ماشوم د **GP /د کوچنیانو ډاکټر** له خوا واکسین شي..  مهرباني وکړئ GP /د ماشومانو ډاکټر ته خبر ورکړئ، ترڅو هغوی له مخکې د واکسین سفارش ورکړي.  🞏 زما ماشوم له مخه واکسین (ونه) ………………………… پر: …../…../….. ترلاسه کړې.  ……………………….. پر: …../…../…..  🞏 زه د لاندې املونه له امله اجازه نه ورکوم چې زما ماشوم واکسین شي: ..................................................................................... |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Let op!** De volgende vragen helpen ons om een mogelijke tegenaanwijzing voor vaccinatie op te sporen. Met allergie wordt hier bedoeld ‘het opzwellen van mond of keel’, en/of ‘moeite om te ademen’ en/of ‘problemen met het hart’.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Is uw kind allergisch voor: | vaccins | ja | neen | |  | antibiotica (neomycine of polymyxine) | ja | neen | |  | het eten of inademen van gist of gelatine | ja | neen | | Heeft uw kind in het verleden ernstige reacties vertoond na een inenting? | | ja | neen | | Heeft uw kind een ernstige verminderde afweer tegen ziektekiemen? Dit kan het geval zijn bij kanker, behandeling met chemotherapie, aangeboren verminderde afweer, langdurige behandeling met geneesmiddelen die het afweersysteem onderdrukken, ziekte van de thymus of HIV-infectie. | | ja | neen | | Heeft uw kind een ziekte (gehad) waardoor het aantal bloedplaatjes gedaald is? | | ja | neen | | Heeft uw kind in het voorbije jaar immunoglobulines of bloed ontvangen? | | ja | neen | | Kreeg uw kind in de voorbije 4 weken een inenting of wordt in de nabije toekomst  een inenting gepland?  Zo ja, welke inenting en wanneer werd/wordt deze inenting toegediend?  ………………………………………………………………………………………………………………………… | | ja | neen | | Lijdt uw kind aan een aandoening van het zenuwstelsel die nog niet onder controle is? | | ja | neen | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مهرباني وکړئ په یاد ولرئ!** لاندې پوښتنې له موږ سره مرسته کوي ترڅو هر هغه شونې د واکسین خلاف غبرګون وموندو. پدې قضیه کې، حساسیت ‘د خولې یا ستوني پړسوب‘ او/یا ‘د سا اخیستلو ستونزې‘ او/یا ‘د زړه ستونزو‘ ته راجع کیږي.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | آیا ستاسو ماشوم د لاندې څیزونو پر وړاندې حساس دې: | واکسین | هو | نه | |  | انتي بیتیک (neomycin یا polymyxin) | هو | نه | |  | د خمیرې یا جیلټن خوړل یا سا اخیستل | هو | نه | | آیا ستاسو ماشوم مخکې د کوم واکسین پر وړاندې جدي غبرګون ښودلې؟ | | هو | نه | | آیا ستاسو ماشوم د میکروبونو او باکتریاوو پر وړاندې په شدیده توګه خپل مافیت له لاسه ورکړئ؟ دا مهمه کېدلی شي، که چېرته ستاسو ماشوم د سرطان ناروغي لري، اوسنۍ درملنه کیمیاوي درملنه وي، له کمزوري مافیت سره زېږیدلی، اوسنۍ د اوږدې مودې درملنه له هغه ډول درملو سره وي چې د مافیت سیسټم ځپي، د تیموس غدې یا د HIV التهاب یوه ناروغي ولري. | | هو | نه | | آیا ستاسو ماشوم له یوې داسې ناروغی څخه چې د ویني د کرویاتو د کمښت لامل کیږي زوریږي، یا پخوا له هغې څخه زورېدو؟ | | هو | نه | | آیا ستاسو ماشوم پخوا ایموګلوبلین یا د ویني محصولات ترلاسه کول؟ | | هو | نه | | آیا ستاسو ماشوم په تېرو ۴ اونیو کې کوم واکسین ترلاسه کړې، یا په نږدې راتلونکي کې ورته کوم د واکسین مهال  ویش ټاکل شوې؟  که هو، کوم واکسین او کله وو/ کله به دا واکسین ورته ورکړل شي؟  …………………………………………………………………………………………… | | هو | نه | | آیا ستاسو ماشوم د عصبي سیسټم له کومې ستونزې څخه زوریږي چې لاتر اوسه نده کنټرول شوې؟ | | هو | نه | |

**Datum:** **Naam en handtekening** ouder:



**نیټه:** د ناروغ **نوم او لاسلیک**:



(DEZE BRIEF MAG U THUIS BEWAREN)

MEER UITLEG OVER HET INENTEN

en de ziektes waartegen wordt ingeënt

(تاسو کولی شئ دا لیک په کور کې وساتئ)

د واکسین پروسې او د هغه ناروغیو چې واکسین ورته ورکړل کیږي

په اړه لازیات معلومات.

**Ziektes**

**ناروغۍ**

**Polio** (kinderverlamming) kan onherstelbare verlammingen veroorzaken.

**پولیو** (د ماشوم فلج) د دایم فلج لامل کېدلی شي.

**Difterie** (kroep) kan een ernstige ontsteking van keel en luchtwegen veroorzaken met verstikkingsgevaar. Ook hart en zenuwen kunnen worden aangetast.

**ډیفټري** (croup) د ستوني او سا اخیستنې لارې د شدید پړسوب لامل کېدلی شي، چې د سا بندیدو د خطر لامل ګرځي. زړه او اعصاب هم اغیزمنېدلی شي.

**Tetanus** (klem) veroorzaakt ernstige en pijnlijke spierkrampen waardoor ademhalen onmogelijk kan worden.

**تیتانوس** (lockjaw) د عضلاتو د شدید درد لامل کېدلی شي چې سا اخیستل ناشوني کولی شي.

**Pertussis** (kinkhoest) veroorzaakt hevige hoestbuien die gevaarlijk zijn voor jonge baby’s.

**Pertussis** (تور ټوخی) د شدید بلغمي ټوخي لامل ګرځی، چې د وړو ماشومانو لپاره خطرناکه کېدلی شي.

**Mazelen** maakt een kind ernstig ziek met koorts en huiduitslag. De ziekte kan gepaard gaan met verwikkelingen als longontsteking en hersenontsteking.

**شری** یو ماشو له شدیدې تبې او د پوستکي سوروالي سره ډیر زیات ناروغه کولی شي. ناروغي له سینه بغل او میننګیټس سره یوځای کیږي.

**Bof** (dikoor) kan verwikkelingen geven zoals hersen(vlies)ontsteking en teelbalontsteking.

**کله چرک** کولی شي د میننګیټس/اینسفیلیټیز او ارکیټیز (د هګیو پړسوب) لامل شي.

**Rubella** (rodehond) is een op zich ongevaarlijke infectie met koorts en huiduitslag. Doormaken van deze ziekte tijdens de zwangerschap kan ernstige gevolgen hebben voor de baby zoals doofheid, blindheid en hartafwijkingen.

**چیچک** پخپله یو زیانمن التهاب دې چې د تبې او د پوستکي د بخار لامل ګرځي. په هرحال، که کومه مېرمنه د امیندواری په موده کې دا ناروغی تجربه کوي د هغې ماشوم لپاره به ډیره ناوړه پایلې، لکه کوڼ توب، ړوند والی او د زړه ستونزې ولري.

**Hepatitis B** is een kiem die een ontsteking van de lever veroorzaakt. Een deel van de besmette personen wordt chronisch drager en loopt het risico levercirrose en leverkanker te ontwikkelen.

**هیپاټایټس B** یو میکروب دې چې د ځیګر د پړسوب لامل ګرځي. ځیني اخته کسان خطرناکه لیږدونکي جوړیږي او د ځیګر د سیروز او سرطان خطر خپرونکي ګرځي.

**Meningokokken** zijn kiemen die hersenvliesontsteking of bloedvergiftiging kunnen veroorzaken.

**میننګوکسي** یو ډول باکتریا ده چې د میننګټیس یا د وینې خراب والي (زهرجن کېدو) لامل ګرځي

* De aanbevolen inentingen bieden de beste bescherming tegen deze ziekten. Voor een langdurige bescherming is soms een herhalingsinenting nodig.
* سپارښتل شوي واکسینونه د دې ناروغیو پر وړاندې غوره شوني ساتنه چمتو کوي. یو تقویه کوونکی واکسین ځیني وختونه د اوږدې مودې ساتنې ډاډمنتوب لپاره اړین وي.

**Inenting**

**واکسین**

De inenting wordt in de bovenarm gegeven.

واکسین د بازو په پورتنی برخه کې لګول کیږي.

**Wie vaccineert**

**څوک واکسین کوي**

Het CLB vaccineert gratis. Bij de huisarts of kinderarts is het vaccin ook gratis, maar moet de raadpleging wel betaald worden.

د CLB واکسین کول وړیا دي. همدا راز واکسین له GP یا د ماشومانو له ډاکټر څخه په وړیا توګه ترلاسه کولی شئ، خو د مشورې فیس باید ورکړل شي.

**Reacties na de inenting**

**له واکسین څخه وروسته غبرګون**

Na de inenting kan er last zijn van:

* een rode zwelling op de plaats van de inenting;
* een pijnlijke, gevoelige plek op de plaats van de inenting;
* een grieperig gevoel en lichte koorts.

له واکسین څخه وروسته تجربه شوې نښې د لاندې په ګډون کېدلی شي:

* د واکسین شوي ځای شاوخوا یو سور پړسوب وي;
* د واکسین ځای حساس او درد لري.
* د ریزش په ډول نښې او ټیټه تبه.

Deze reacties zijn volkomen normaal en verdwijnen meestal na enkele dagen. Tot een tweetal weken na het mazelen-bof-rubellavaccin kunnen algemene reacties voorkomen zoals koorts, hoofdpijn, gewrichtspijn, huiduitslag. Neem contact op met uw huisarts als de klachten langer aanhouden of ernstiger zijn.

دا غبرګونونه نورمال وي او معمولاْ له یو څو ورځو څخه وروسته له منځه ځي. د شري-کله چرک-چیچک واکسین څخه وروسته عمومي غبرګونونه لکه تبه، د سر درد، د مفصلونو درد او د پوستکي سوروالی تر دوه اونیو پورې پاتې کېدلی شي. که نښې ډیره موده پاتې شوې یا غیر عادي وي نو مهرباني وکړئ له خپل GP سره اړیکه ونیسئ.

Een vaccin kan, zoals elk geneesmiddel, bijwerkingen veroorzaken. De kans dat een vaccin een ernstige bijwerking veroorzaakt, is uitzonderlijk klein.

لکه د ټولو درملو په څېر، یو واکسین هم جانبي عوارض لرلی شي. د یو واکسین د جانبي عوارضو خطر ډیر ټیټ وي.

Uit het Nederlands vertaalde folder die ook in het Nederlands te verkrijgen is via vaccins@zorg-en-gezondheid.be.

لیک له هالندی ژبې څخه ژباړل شوې. د هالندی ژبې نسخه د vaccins@zorg-en-gezondheid.be.”له لارې غوښتل کېدلی شي.