Lapsevanema nõusolek!

Annan enda nõusoleku lapse (ees- ja perekonnanimi; vanus; isikukood)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vaktsineerimiseks COVID-19 vastu hoolika meditsiinilise järelevalve all.

Vaktsiinina kasutatakse Moderna arendatud vaktsiini Spikevax. Lapsele tehakse kokku kaks süsti, tavaliselt 28 päevase vahega. Kaitsesüst tehakse õlavarre piirkonda.

Vaktsineerimisjärgseteks kõrvalnähtudeks võivad olla valu ja turse süstekohas, väsimus, külmavärinad, palavik, kaenlaaluste lümfisõlmede suurenemine või tundlikkus, peavalu, lihas- ja liigesevalu, iiveldus ja oksendamine. Need kõrvaltoimed on enamasti kerged või mõõdukad ning mööduvad mõni päev pärast vaktsineerimist.

Ravimiga seotud küsimustele vastab tervishoiutöötaja Viimsi Raamatukogus kohapeal. Vaktsineerimisel antakse infoleht.

Lapsevanem:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ees- ja perekonnanimi)

Telefoni number:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Olen nõus:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (kuupäev, allkiri)