



שרותי בריאות הציבור
אגף לאפידמיולוגיה
Division of Epidemiology

משרד
הבריאות
מחיים בריאים יותר

אישור הורה לחיסון כנגד נגיף הפוליו*

מאת:

הורה הילד/ה:

מס' ת"ז או דרכון (ילד/ה)

שם פרטי ומשפחה (ילד/ה)

אני מאשר/ת לתת לבני/בתי חיסון כנגד נגיף הפוליו.

במידה והחיסון הניתן הוא חיסון חי מוחלש אני מאשר שלבני/ביתי וליתר בני הבית אין דיכוי

חיסוני המונע את מתן החיסון.

ידוע לי שלא ינתן לבני/בתי חיסון בניגוד לרצונה.

ידוע לי שעל בני/בתי למסור לפני קבלת החיסון פרטים אודות מצבו/ה הבריאותי, רגישויות

ואלרגיות לתרופות ולמזון.

קראתי ו/או ידוע לי כי יש - מידע על החיסון באתר משרד הבריאות:

<https://www.gov.il/he/Departments/Guides/disease-polio?chapterIndex=1>

ידוע לי כי בני/בתי חייבת/ להישאר במקום מתן החיסון במשך כ- 15 דקות לאחר מתן החיסון

להשגחה, או 30 דקות אם יש לו/לה רגישות או אלרגיה מיוחדים לפי הוראות משרד הבריאות.

ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא/ה, אם תופענה תגובות לחיסון

לאחר קבלתו, או אם ישתנה, באופן כלשהי, מצבו הגופני של בני/ביתי לאחר קבלת החיסון.

תאריך	שם מלא	מס' ת"ז או דרכון	חתימה
-------	--------	------------------	-------

* נדרש רק במקרה בו ההורה אינו נוכח