



Δήλωση Άρνησης Εμβολιασμού

Οι κάτωθι υπογράφοντες και
γονείς/κηδεμόνες του/της με ΑΜΚΑ, δηλώνουμε:

Ο παιδίατρος,
μας σύστησε τα παρακάτω εμβόλια για το παιδί μας:

ΣΥΣΤΗΝΟΜΕΝΑ

ΑΡΝΟΥΜΑΣΤΕ

Ηπατίτιδας Β	<input type="checkbox"/>
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, αιμόφιλου ινφλουέντζας, πολιομυελίτιδας (DTaP-Hib-IPV)	<input type="checkbox"/>
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, αιμόφιλου ινφλουέντζας, πολιομυελίτιδας, ηπατίτιδας Β (DTaP-Hib-IPV-HB)	<input type="checkbox"/>
Διφθερίτιδας, τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, πολιομυελίτιδας (Tdap-IPV)	<input type="checkbox"/>
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό κοκκύτη, πολιομυελίτιδας (DTaP-IPV)	<input type="checkbox"/>
Πνευμονιοκοκκικό συζευγμένο ή πολυσακχαριδικό	<input type="checkbox"/>
Ιθαράς-ερυθράς-παρωτίτιδας (MMR)	<input type="checkbox"/>
Ανεμευλογιάς (V)	<input type="checkbox"/>
Συνδυασμένο MMR-V	<input type="checkbox"/>
Μηνιγγιτιδοκοκκικό κατά ορότυπου C	<input type="checkbox"/>
Μηνιγγιτιδοκοκκικό κατά ορότυπων A,C,Y,W135	<input type="checkbox"/>
Ηπατίτιδας Α	<input type="checkbox"/>
Ροταιού	<input type="checkbox"/>
Κατά του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)	<input type="checkbox"/>
Γρίπης	<input type="checkbox"/>
Άλλο	<input type="checkbox"/>

Μας δόθηκε η ευκαιρία να συζητήσουμε με το γιατρό του παιδιού μας για κάθε ένα από τα παραπάνω προτεινόμενα εμβόλια, για τα οποία αρνηθήκαμε τον εμβολιασμό (όπως φαίνεται παραπάνω). Συζητήσαμε διεξοδικά τις ενδείξεις εμβολιασμού και μας απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις μας σχετικά με το ίδιο το εμβόλιο, τη νόσο από την οποία προστατεύει, πιθανές συνέπειες μη εμβολιασμού στο παιδί μας και στη δημόσια υγεία και πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες μετά τον εμβολιασμό.

ΚΑΤΑΝΟΟΥΜΕ ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ:

- Το σκοπό και την ανάγκη των προτεινόμενων εμβολίων.
- Τα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους των προτεινόμενων εμβολίων.
- Ότι πολλά από τα νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό είναι συχνά σε άλλες χώρες και ότι υπάρχει ο κίνδυνος για το μη εμβολιασμένο παιδί μου να νοσήσει κατά τη διάρκεια ταξιδιού ή λόγω επαφής με ταξιδιώτη από τις χώρες αυτές.
- Εάν το παιδί μας δεν εμβολιαστεί σύμφωνα με το προτεινόμενο από το γιατρό μας και από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμού (ΕΕΕ) σχήμα, οι συνέπειες μπορεί να είναι:
 - α) Να νοσήσει από νόσημα το οποίο προλαμβάνεται με εμβολιασμό (οι επιπτώσεις αυτών των νοσημάτων μπορεί να περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: ορισμένες μορφές καρκίνου, πνευμονία, νόσο που χρειάζεται νοσηλεία, θάνατο, εγκεφαλική βλάβη, παράλυση, μηνιγγίτιδα, σπασμούς, κώφωση. Άλλες σοβαρές και μόνιμες βλάβες από νοσήματα που προλαμβάνονται με εμβολιασμό είναι επίσης πιθανές).
 - β) Η δυνατότητα μετάδοσης της νόσου από το ανεμβολίαστο παιδί μας σε άλλους πχ βρέφη πολύ μικρά για να εμβολιαστούν ή άτομα με ανοσολογικά προβλήματα, επιτάσσει την ανάγκη απουσίας του παιδιού μας από το σχολείο ή τον βρεφονηπιακό σταθμό και παραμονής του στο σπίτι, καθώς και την ανάγκη απουσίας ενήλικου από τη δουλειά σε περίπτωση που χρειαστεί να παραμείνει στο σπίτι μαζί με το παιδί, κατά τη διάρκεια πιθανών επιδημικών εξάρσεων της νόσου, για την οποία δε δεχθήκαμε να εμβολιαστεί το παιδί μας.
- Ο παιδίατρος του παιδιού μας και η ΕΕΕ, προτείνουν τον εμβολιασμό με βάση τις προβλεπόμενες συστάσεις.

Δήλωση Άρνησης Εμβολιασμού

Παρόλα αυτά αποφασίσαμε στην παρούσα περίοδο να αρνηθούμε ή να αναβάλλουμε το/τα προτεινόμενο/α εμβόλιο/εμβόλια για το παιδί μας συμπληρώνοντας το αντίστοιχο πεδίο κάτω από την ένδειξη «ΑΡΝΟΥΜΑΣΤΕ».

Γνωρίζουμε ότι μη ακολουθώντας τις συστάσεις εμβολιασμού μπορεί να θέσουμε σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού μας και άλλων με τους οποίους το παιδί μας μπορεί να έρθει σε επαφή. Συμφωνούμε επομένως να ενημερώνουμε όποτε χρειάζεται όλους τους ιατρούς των δομών υγείας και κάθε άλλο αρμόδιο φορέα, σχετικά με το ποιά εμβόλια δεν έχει κάνει το παιδί μας, καθώς πιθανόν να χρειαστεί το ίδιο είτε ειδικό χειρισμό είτε περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις τις οποίες δεν θα χρειαζόταν εάν είχε εμβολιαστεί.

Ενημερωθήκαμε από τον παιδίατρο του παιδιού μας ότι μπορούμε να ξανασυζητήσουμε μαζί του το θέμα αυτό σε οποιαδήποτε στιγμή και ότι μπορεί εφόσον αλληλάξουμε γνώμη να προβούμε στον εμβολιασμό του παιδιού μας, σύμφωνα με τις ιατρικές συστάσεις.

Οι δηλούντες Γονείς/κηδεμόνες:

.....
.....

Τόπος

Ημερομηνία/...../.....

Η παρούσα Δήλωση Άρνησης Εμβολιασμού έχει προσαρμοστεί στην βάση της αντίστοιχης δήλωσης της AAP



ΕΝΩΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΩΝ ΑΤΤΙΚΗΣ Ε.Ε.ΠΑΙΔ.ΑΤΤ.

Μη κερδοσκοπικό Σωματείο

E-mail: enosi.elpaidatt@gmail.com

www.paidiatroi-attikis.gr