

Til elever og foresatte

**Tilbud om vaksinasjon mot smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokksykdom)**

Folkehelseinstituttet anbefaler at ungdom i alderen 16–19 år vaksinerer seg mot smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokksykdom).

# Gratis

Politikerne i Stavanger kommune har vedtatt at alle elever i videregående skole i Stavanger skal få denne vaksinen gratis.

# Om sykdommen

Smittsom hjernehinnebetennelse skyldes meningokokkbakterier, og smitter via spytt. De vanligste sykdomsfremkallende meningokokkbakteriene kalles A, C, W, Y og B. Friske personer kan ha meningokokker i halsen uten å bli syke, men de kan smitte andre. Hos enkelte smittede kan bakteriene finne veien til hinnene rundt hjernen og gi hjernehinnebetennelse. Andre ganger kan bakteriene formere seg i blodet (blodforgiftning) og skade viktige organer. Sykdommen utvikler seg ofte raskt, og rundt 10 % av de som får sykdommen dør.

# Om vaksinen

Vaksinen vi tilbyr ungdommen heter Nimenrix, og den beskytter mot meningokokk A, C, W og Y. Den består av en dose som settes i overarmen. Det tar omtrent to uker før vaksinen gir beskyttelse. Beskyttelsen varer i ca. 10 år for Nimenrix, slik at vaksinasjon tidlig i videregående skole vil gi beskyttelse i russetiden og ved reiser senere i ungdomstiden. Les mer om vaksinen på statens legemiddelverk [Nimenrix (slv.no)](https://www.legemiddelsok.no/sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=8aa7229b-0e90-4a4f-b5dc-cf564edfd9fd&f=Han;Mar;par;gen&searchquery=Nimenrix).

Som ved annen vaksinasjon kan vaksinen gi kortvarige bivirkninger hos noen. De vanligste bivirkningene er rødhet og ømhet på stikkstedet og uvelfølelse med hodepine eller kvalme.

# Alle under 16 år må ha underskrift av foreldre/foresatte

All vaksinasjon er frivillig. Den helserettslige myndighetsalderen er 16 år. De som ikke har fylt 16 år, må ha underskrift av foreldre for å få vaksinen. Ungdommens mening skal tillegges stor vekt.

**Vaksinasjonen er planlagt:** Dato: Kl: Sted:

Helsesykepleier

:

 Telefonnummer

:

Riv her

Elevens navn: Fødselsdato: Klasse:

Jeg/vi ønsker at mitt/vårt barn: skal vaksineres mot meningokokk (smittsom hjernehinnebetennelse)

Jeg/vi ønsker IKKE at mitt/vårt barn: skal vaksineres mot meningokokk (smittsom hjernehinnebetennelse)

Foresattes underskrift: Telefonnummer:

Informasjon til helsesykepleier: