

MEDICAL SERVICE

PRÄVENTIVMAßNAHMEN IM FALL EINER HIRNHAUTENTZÜNDUNG DURCH MENINGOKOKKEN

Liebe Eltern,

Sollte ein Fall einer Hirnhautentzündung (bakterielle Meningitis) an unserer Schule auftreten, so ist es unverzichtbar, dass der Medizinische Dienst unverzüglich die notwendigen Präventivmaßnahmen einleitet, um weitere Übertragungsrisiken zu verringern.

In einem solchen Fall ist vorgesehen, dass der Schularzt oder die Schulärztin alle notwendigen Informationen an die Eltern weitergibt und, nach Rücksprache und Einschätzung der Gesamtsituation mit dem Medizinischen Direktor für Gesundheitsfragen (COCOM), gegebenenfalls eine Dosis Antibiotikum an die Kinder verabreicht.

Dieses Antibiotikum sollte ausschließlich an Kindern verabreicht werden, die in direktem Kontakt waren, das heißt in derselben Klasse, mit dem erkrankten Schüler oder der erkrankten Schülerin oder den Personen, die im selben Haushalt wohnen.

In beiden Fällen ist diese Präventivmaßnahme unverzichtbar. Alle betreffenden Schülerinnen und Schüler, die dieses Medikament nicht erhalten haben, werden für eine Dauer von sieben Tagen vom Schulbesuch ausgeschlossen.

Um eine sofortige Präventivmaßnahme im Fall einer Hirnhautentzündung (bakterielle Meningitis) einzuleiten, benötigt der Schularzt oder die Schulärztin eine von den Eltern unterzeichnete Bescheinigung.

Die Präventivmaßnahme wird sofort eingeleitet, egal ob Ihr Kind gegen Meningitis geimpft ist oder nicht.

Aus diesen Gründen bitten wir Sie, die beigefügte Erklärung auszufüllen (die vorformulierte Antwort anzukreuzen), diese zu unterzeichnen und an den medizinischen Dienst der Schule zurückzugeben.

Wir bitten Sie ebenfalls, Ihre Kinderärztin oder Ihren Kinderarzt oder den oder die behandelnde/n Hausarzt oder -ärztin zu fragen, ob bei Ihrem Kind eine Kontraindikation für das Antibiotikum **Ciprofloxacin (auch als Ciloxan bekannt)** vorliegt.

Mit freundlichen Grüßen,

Der Medizinische Dienst

Dr. Dominique Dupont

Dr. Esther Ikpeazu

Schulärztinnen

MEDICAL SERVICE

ERMÄCHTIGUNG ZUR VERABREICHUNG EINER PRÄVENTIVEN BEHANDLUNG GEGEN MENINGOKOKKEN

Auszufüllen und an den medizinischen Dienst der Schule zurückzugeben: LIST-LAE-INFIRMARY@eursc.eu

Der/die Unterzeichnende..... Elternteil/Rechtsvertreter von
..... Schüler*in der Klasse.....

- **Ermächtigt** den/die Schularzt/ärztin seinem/ihrem Kind erforderlichenfalls eine präventive Behandlung gegen Meningokokken zu verabreichen.
- **Ermächtigt** den/die Schularzt/ärztin **nicht**, seinem/ihrem Kind eine präventive Behandlung gegen Meningokokken zu verabreichen und verpflichtet sich:
 - Sein/ihr Kind so schnell wie möglich von der Schule abzuholen;
 - Erforderlichenfalls, eine entsprechende präventive Behandlung durch den Hausarzt/ die Hausärztin verordnen zu lassen;
 - Eine vom Hausarzt /von der Hausärztin unterzeichnete Bescheinigung zu schicken, aus der hervorgeht, dass sein/ihr Kind die präventive Behandlung erhalten hat, um wieder in die Schule zugelassen zu werden.

Jede Änderung dieser Angaben muss sofort dem medizinischen Dienst der Schule gemeldet werden.

Date:

Signature: