

INFORMATION/ERBJUDANDE

Vaccination mot HPV

Den 1 januari 2010 infördes vaccination mot HPV i det svenska barnvaccinationsprogrammet. HPV är en förkortning för humant papillomvirus - ett virus som bland annat kan orsaka cellförändringar på livmoderhalsen, vilka på lång sikt kan leda till livmoderhalscancer. Vaccin mot HPV skyddar mot mer än 70 procent av all livmoderhalscancer. Om man vaccinerar sig i unga år, och sedan går på cellprovskontroller när man blir kallad, kommer man att ha ett mycket bra skydd mot livmoderhalscancer.

Flickor erbjuds vaccination när de går i skolans årskurs 5-6. För fullgod effekt ges vaccinet två gånger med ett intervall av minst 6 månader och som mest 12 månader. Vaccinationen är frivillig. På denna blankett kan du meddela om ditt barn ska vaccineras eller inte genom att kryssa en av rutorna nedan. Lämnas inte samtycke innebär det att ditt barn inte kan vaccineras.

Uppgifter om HPV-vaccination registreras från 1 januari 2013 i vaccinationsregister för uppföljning. Sekretess gäller för uppgifterna enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). För uppföljning av HPV-vaccinationsprogrammet kan samkörning med andra hälsodataregister och HPV-analys av sparade prover i vården göras.

Intyget gäller båda doserna. Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan. Meddela om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Om du önskar mer information eller har ytterligare frågor, kontakta din skolsköterska eller skolläkare.

Vaccination mot HPV Återlämnas till skolsköterskan senast den

Flickans namn

Personnummer

Klass

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras

Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras

Hälsodeklaration (om du svarat Nej till vaccination behöver du inte svara)

Har barnet

– allvarlig allergi?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
– fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
– någon allvarlig kronisk sjukdom?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Om du svarat ja, lämna kompletterande information på baksidan.

Underskrifter Ort:

Datum:

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam.

