

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.

Landstinget erbjuder **flickor födda 1/1 1993 – 31/12 1998** gratis vaccination mot HPV. För fullgod effekt ges vaccinet tre gånger med några månaders mellanrum. Vaccinationen är frivillig. På denna blankett kan du meddela om du/ditt barn ska vaccineras eller inte genom att kryssa i en av rutorna nedan. Lämnas inte samtycke kan vaccination inte ges. I fall då vårdnadshavare och barn har olika uppfattning ska dock barnets mognadsgrad och förmåga att ta till sig aktuell information avgöra om vaccination ska ske.

Uppgifterna om HPV-vaccination sparas i journalsystem. Sekretess gäller för uppgifterna enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Om du samtycker kan uppgifterna användas för uppföljning av HPV-vaccinationsprogrammet. För uppföljning av HPV-vaccinationsprogrammet kan samkörning med andra hälsodataregister och HPV-analys av sparade prover i vården ingå. Deltagande i uppföljningen innebär ingen provtagning eller ytterligare kontakt med sjukvården. Om du/ni inte önskar delta i uppföljningen var god meddela vaccinatören.

Intyget gäller alla tre doserna. Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan. Meddela om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Om du önskar ytterligare information eller har frågor kontakta aktuell vaccinatör.

Vaccination mot HPV **Återlämnas till vaccinatör senast den**

Flickans namn

Personnummer

Klass
(vid vaccination i skola)

Ja, jag samtycker till att vaccineras/mitt barn vaccineras

Nej, jag vill inte vaccineras/att mitt barn vaccineras

Redan vaccinerad

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

Har du/barnet

– allvarlig allergi? Ja Nej
– fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? Ja Nej
– någon allvarlig kronisk sjukdom? Ja Nej

Om du svarat ja, lämna kompletterande information på baksidan.

Underskrifter Ort:

Datum:

Din namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam.

