

از اول ژانویه 2010 واکسیناسیون علیه ویروس پاپیلوم انسانی در برنامه واکسیناسیون سوئد به اجرا در آمده است. "اچ.پی.وی" مخفف واژه های ویروس پاپیلوم انسانی است، ویروسی که از جمله باعث تغییرات سلولی گردن رجم می شود، که در طولانی مدت می تواند به سرطان رجم منجر گردد. واکسن علیه اچ.پی.وی در برابر بیش از 70% تمامی سرطانهای رجم مصنوعیت ایجاد می کند. اگر در جوانی واکسن بزنید و بعداً برای آزمایش کنترل سلولی مراجعه کنید، از مصنوعیت مطلوبی در برابر سرطانهای رجم برخوردار خواهید شد.

به دختران متولد 2002 یا بعد از آن در کلاسهای 5 و 6 دبستان، واکسیناسیون ارائه میگردد. این واکسن برای تأثیر مطلوب، دو مرتبه با چند ماه و حداکثر با 12 ماه فاصله زده می شود. واکسیناسیون اختیاری است. روی این برگه می توانید با ضربدر زدن در یکی از چهارخانه های زیر، اعلام کنید که آیا به فرزند شما واکسن زده شود یا نه. اگر موافقت خود را اعلام نکنید به این معنی است که فرزند شما را نمی توان واکسن زد.

اطلاعات مربوط به واکسیناسیون اچ.پی.وی در سیستم پرونده پزشکی ذخیره می شود. این اطلاعات مطابق قانون عنایت و محرمانگی (2009:400) محرمانه تلقی می شود. اگر شما موافقت کنید می توان از این اطلاعات برای ارزیابی برنامه واکسیناسیون اچ.پی.وی استفاده نمود. در این ارزیابی مندرجات بایگانی تندرستی با تجزیه و تحلیل ویروس در آزمایشهای گرفته شده در بخش خدمات درمانی مقایسه خواهد شد.

این گواهی شامل هر دو نوبت واکسیناسیون است. قبل از واکسیناسیون خواهشمندیم به سوالات تندرستی زیر پاسخ دهید. اگر در بین نوبتهای واکسیناسیون تغییری در وضعیتها و شرایط بوجود آمد، مراتب را اطلاع دهید. اگر سوالات بیشتری دارید یا احساس تردید می کنید با مسئول واکسیناسیون مربوطه تماس بگیرید.

این گواهی حداکثر تا تاریخ **به معلم کلاس یا پرستار مدرسه یا مسئول واکسیناسیون تحویل داده شود**

نام دختر شماره شناسائی فردی کلاس
(اگر واکسیناسون در مدرسه انجام شود)

- بله، من موافقت می کنم که این واکسن به فرزندم زده شود و در ارزیابی برنامه واکسیناسیون شرکت کند
- من موافقت می کنم که این واکسن به فرزندم زده شود ولی در ارزیابی برنامه واکسیناسیون شرکت نکند
- نخیر، من موافقت نمی کنم که این واکسن به فرزندم زده شود قبلاً این واکسن را زده است

اظهارنامه تندرستی (اگر برای واکسیناسیون پاسخ "نخیر" داده اید لازم نیست به این سوالها پاسخ دهید)

- آیا فرزند شما
- حساسیت یا آلرژی شدیدی دارد. بله نخیر
- در یکی از نوبتهای قبلی واکسیناسیون از خود واکنش حساسیتی یا آلرژی شدید نشان داده است. بله نخیر
- دارای نوعی بیماری جدی و مزمن است. بله نخیر

اگر پاسخ "بله" داده اید، اطلاعات تکمیلی را در پشت این برگه بنویسید

امضاء ها نام شهر: تاریخ:

امضای ولی یا سرپرست نام بطور خوانا تلفن اوقات روز

امضای ولی یا سرپرست نام بطور خوانا تلفن اوقات روز
اگر سرپرستی فرزند مشترک است هر دوی والدین/ سرپرستان بایستی برگه را امضاء کنند.

