

## 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 som är över 14 år erbjuds alltid ett 3-dos-schema. 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 mögnadsgrad och förmåga att ta till sig aktuell information avgöra om vaccination ska ske.

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 ingå.

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**

Ja, jag samtycker till att vaccineras/mitt barn vaccineras

Nej, jag vill inte vaccineras/att mitt barn vaccineras

Redan vaccinerad

**Om Nej, Varför**

**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.

