

## INFORMACION/OFERTË

## Vaksinim kundër HPV

Më datë 1 janar 2010 u aplikua vaksinimi kundër HPT në programin suedez të vaksinimit. HPT është një sqarim për papillomvirusin human – një virus i cili përveç të tjerash mund të shkaktojë ndryshimet e qelizave në fytin e mitrës, të cilat për një kohë të gjatë mund ta shkaktojë kancerin e mitrës. Vakcina kundër HPV mbron nga më shumë se 70% të të gjithë kancerëve të mitrës. Nëse vaksinimi bëhet në vitet e rinisë, e më vonë bëhet kontrollimi i provave të qelizave kur bëhet ftesa, atëherë do të kihet mbrojtje shumë të mirë kundër kancerit të mitrës.

Vajzave të lindura në vitin 2000, ose më vonë, u ofrohet vaksinimi në kohën kur ato shkojnë në shkollë në klasën 5 – 6. Për efekt të plotë vakcina jepet dy herë, me një distancë kohore mes vaksinimeve prej më së paku 6 muaj e më shumti 12 muaj. Vaksinimi është vullnetar. Në këtë formular ti mund të njoftoshë se fëmija yt a do të vaksinohet apo jo, duke vënë një X në njërin prej katërkëndëshve më poshtë. Nëse nuk e dorëzon pëlqimin, kjo do të thotë se fëmija yt nuk mund të vaksinohet.

Të dhënat për vaksinimin HPV ruhen në sitemin e ditarëve. Fshehtësia vlen për të dhënat konform ligjit për të dhënat publike dhe sekrete (2009:400). Nëse ti jep pëlqimin, të dhënat mund të përdoren për ta vlerësuar programin e vaksinimit HPV. Me rastin e vlerësimit aplikohet krahasimi me regjistrin kompjuterik të shëndetësisë dhe me analizën e virusit sipas provave të ruajtura të trajtimit.

Vërtetimi ka të bëjë me të dy dozat. Para vaksinimit ne të lusim që të përgjigjesh në pyetjet në deklaratën shëndetësore më poshtë. Na njofto nëse parakushtet ndryshojnë ndërmjet shiringave (gjilpërave). Nëse ti ke edhe pyetje të tjera ose ke hamendje, kontakto vaksinuesin aktual.

Kthehet te mësuesi i klasës/ motra medicinale e shkollës/ vaksinuesi më së voni më datë

-----  
Emri dhe mbiemri i vajzës

Numri personal

Klasa

( në çastin e vaksinimi në shkollë)

- Unë jap pëlqimin që fëmija im të vaksinohet dhe për pjesëmarrje në vlerësimin e programit të vaksinimit
- Jo, unë nuk dëshiroj që fëmija im të vaksinohet  Është vaksinuar

*Deklarata shëndetësore* (Nëse je përgjegjur Jo për vaksinimin, nuk ke nevojë të përgjigjesh)

A ka fëmija

- alergji serioze .....  Po  Jo
- ka pasur reagim serioz alergjik me rastin e vaksinimit të mëparshëm  Po  Jo
- ndonjë sëmundje serioze kronike .....  Po  Jo

*Nëse je përgjegjur me Po, jepi informacionet kompletuese në faqen prapa.*

**Nënshkrimet Vendi:**

**Data:**

-----  
**Nënshkrimi i prindit/ kujdestarit**

**Emri e mbiemri shkruar lexueshëm**

**Telefoni gjatë ditës**

*Nënshkrimi i prindit/ kujdestarit*

*Emri e mbiemri shkruar lexueshëm*

*Telefoni gjatë ditës*

Nënshkruhet nga të dy përkujdestarët nëse përkujdesi i fëmijës është i përbashkët.

**Informacione kompletuese**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....