

## INFORMACIJA/PONUĐA    **Vakcinacija protiv HPV**

Dana 1. januara 2010. godine uvedena je vakcinacija protiv HPV-a u švedski vakcinacioni program. HPV je kratica za humani papiloma virus, virus koji između ostalog može izazvati ćelijske promjene na grliću materice, koje opet u daljoj vremenskoj perspektivi mogu dovesti do raka grlića materice. Vakcina protiv HPV-a pruža sedamdesetprocentnu zaštitu protiv raka grlića materice. Vakcinacijom u ranoj dobi i kasnijim odazivanjem pozivima za citološku analizu (papa-test), dobija se veoma dobra zaštita protiv raka grlića materice.

Djevojčicama rođenim 2002. godine ili kasnije, pruža se mogućnost vakcinacije u toku V-VI razreda. Radi postizanja potpunog efekta, vakcina se daje dva puta u intervalu od najmanje 6, a najviše 12 mjeseci. Vakcinisanje je dobrovoljno. Ovim obrascem možete nas obavijestiti da li će se Vaše dijete vakcinisati ili ne, stavljanjem križića u jedan od niže označenih kvadratića. Bez Vaše saglasnosti, Vaše dijete ne može biti vakcinisano.

Podaci o vakcinaciji protiv HPV-a čuvaju se u zdravstvenom kartonu. Tajnost podataka je zagarantirana odredbama Zakona o načelu javnosti i zaštiti tajnosti podataka (2009:400). Uz Vašu suglasnost, podaci se mogu koristiti u svrhu analize i ocjene vakcinacionog programa protiv HPV-a. U postupku analize i ocjene vrši se usporedba sa podacima iz zdravstvenog kompjuterskog registra te analiza virusa iz uzoraka uzetih tokom liječenja.

Potvrda vrijedi za obe doze. Molimo Vas da prije vakcinisanja odgovorite na pitanja iz niže navedene zdravstvene izjave. Molimo da nas obavijestite o eventualnim izmjenjenim okolnostima između vakcinisanja. Ukoliko imate kakvih dodatnih pitanja ili Vam nešto nije jasno, možete se obratiti osoblju zaduženom za vakcinisanje.

**Predati razredniku/školskoj medicinskoj sestri/osoblju zaduženom za vakcinisanje najkasnije do**

\_\_\_\_\_  
**Ime djevojčice**

\_\_\_\_\_  
**Matični broj  
(Personnummer)**

\_\_\_\_\_  
**Razred  
(Ukoliko se vakcinacija vrši u školi)**

Da, slažem se da se moje dijete vakciniše i pristajem na sudjelovanje u analizi i ocjeni vakcinacionog programa

Ne, ne želim da se moje dijete vakciniš

Već je ranije vakcinisana

**Zdravstvena izjava** (Ukoliko ne pristajete na vakcinisanje, ne trebate popunjavati)

- Da li dijete ima kakvu ozbiljnu alergiju.....  Da     Ne

- Da li je dijete imalo ozbiljnu alergijsku reakciju na neku raniju vakcinu.....  Da     Ne

- Da li dijete ima kakvu ozbiljnu kroničnu bolest.....  Da     Ne

Ako ste odgovorili sa DA, molimo da dopunite na poleđini.

**Potpisi**

**Mjesto:**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Potpis roditelja ili staratelja

\_\_\_\_\_  
Ime čitk

\_\_\_\_\_  
Telefon danju

---

Potpis roditelja ili staratelja

Ime čitko

Telefon danju

*Potpisuju oba staratelja, ukoliko je starateljstvo zajedničko.*

**Dodatne informacije:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....