

## **ИНФОРМАЦИЯ/ПРЕДЛОЖЕНИЕ**

## **Вакцинация от ВПЧ**

В общегосударственную программу Швеции по вакцинации детей 1 января 2010 года вошла вакцинация от ВПЧ. ВПЧ – это вирус папилломы человека, который, в том числе, может стать причиной изменений клеток шейки матки, что впоследствии может привести к раку шейки матки. Вакцина от ВПЧ обеспечивает защиту от 70% всех форм рака шейки матки. Если пройти вакцинацию в раннем возрасте и в дальнейшем, получив вызов, ходить на сдачу контрольных цитологических анализов, то будет обеспечена очень хорошая защита от рака шейки матки.

Девочкам 2002-го года рождения и младше предоставляется возможность пройти вакцинацию, когда они учатся в 5-6 классе средней школы. Для достижения оптимального эффекта вакцинация проводится путем двукратного введения вакцины с интервалом не менее 6 и не более 12 месяцев между дозами. Вакцинация добровольная. С помощью данного бланка Вы можете сообщить, будет ли Ваш ребенок проходить вакцинацию или нет, поставив ниже метку в одном из полей бланка. В том случае, если согласие не дается, Ваш ребенок не может пройти вакцинацию.

Данные о вакцинации от ВПЧ сохраняются в реестре медицинских карт. Они конфиденциальны согласно закону «О гласности и секретности» (2009:400). Если Вы даете свое согласие, то эти данные могут быть использованы для оценки эффективности программы вакцинации от ВПЧ. При этой оценке проводится сравнение с данными из базы данных о здоровье населения, а также мониторинг вируса на основании анализов, хранящихся в учреждениях здравоохранения.

Согласие распространяется на обе дозы вакцины. До вакцинации мы просим Вас ответить на приведенные ниже вопросы в разделе «Сведения о состоянии здоровья». Известите нас, если обстоятельства здоровья изменятся в период между дозами. Если у Вас есть дополнительные вопросы или что-либо вызывает у Вас сомнения, свяжитесь с ответственным пунктом вакцинации.

***Вручить классному руководителю/школьной медсестре/в пункте вакцинации не позже***

-----  
***Имя, фамилия девочки***

***Персональный номер***

***Класс***

***(при вакцинации в школе)***

Да, я согласна/согласен с тем, чтобы мой ребенок прошел вакцинацию, а также с участием в оценке эффективности программы вакцинации

Нет, я не хочу, чтобы мой ребенок проходил вакцинацию

Ребенок уже прошел вакцинацию

**Сведения о состоянии здоровья** (Не нужно заполнять, если Вы отказались от вакцинации)

У ребенка

- серьезная форма аллергии.....  Да  Нет

- была серьезная аллергическая реакция при какой-либо вакцинации ранее.....  Да  Нет

- какое-либо серьезное хроническое заболевание.....  Да  Нет

-----  
**-Подпись родителя/опекуна**

-----  
**Расшифровка подписи**

-----  
**Телефон в дневное время**

-----  
**-Подпись родителя/опекуна**

-----  
**Расшифровка подписи**

-----  
**Телефон в дневное время**

Необходима подпись двух опекунов в случае совместной опеки над ребенком.

SKL 2015 05 06