

INFORMACJA/OFERTA SZCZEPIENIA *SZCZEPIENIE PRZECIWKO HPV*

Z dniem 1 stycznia 2010 wprowadzono do szwedzkiego programu szczepień szczepionkę przeciwko HPV. HPV to skrót od nazwy *humant papillovirus* - wirus, który między innymi powoduje zmiany komórkowe na szyjce macicy, mogące po pewnym czasie prowadzić do powstania raka szyjki macicy. Szczepionka przeciwko HPV chroni w 70% przypadków raka szyjki macicy. Podanie szczepionki w młodym wieku, a później stawianie się na wezwania na badania cytologiczne zapewnia bardzo dobrą ochronę przed rakiem szyjki macicy.

Dziewczynki urodzone w roku 2002 i później mają możliwość darmowego skorzystania ze szczepionki w klasach 5-6 szkoły podstawowej. Aby uzyskać pełny efekt szczepionki, podaje się ją w dwóch dawkach w odstępie co najmniej 6 a maksymalnie 12 miesięcy między szczepieniami. Szczepienie jest dobrowolne. Przez zakreślenie jednego z pól na niniejszym formularzu mogą Państwo zdecydować, czy Państwa dziecko ma być zaszczepione, czy nie. Jeśli nie wyrażą Państwo zgody, dziecko nie zostanie zaszczepione.

Dane o szczepieniach HPV są archiwizowane w systemie kartotek. Według ustawy o ochronie danych osobowych (2009:400) wszelkie dane są niejawnne. Jeśli Państwo wyrażą taką zgodę, dane powyższe mogą zostać wykorzystane do oceny programu badawczego szczepień przeciwko HPV, przy czym używa się do tego wyników porównawczych oraz kartotek zdrowotnych i analizy wirusowej w zachowanych przez zakłady opieki zdrowotnej próbkach.

Zgoda na szczepienie dotyczy obu dawek. Przed szczepieniem prosimy również, aby odpowiedzieli Państwo na pytania w poniższej ankiecie zdrowotnej. W razie zmiany odpowiedzi dotyczących stanu zdrowia pomiędzy szczepieniami, prosimy o tym powiadomić. Jeśli mają Państwo dalsze pytania lub wątpliwości - prosimy o kontakt z punktem szczepień.

Wypełniony formularz zwrócić wychowawcy/pielęgniарce szkolnej/punktowi szczepień najpóźniej do dnia:.....

***Imię i nazwisko dziewczynki
(dotyczy szczepień w szkole)***

Numer osobowy

Klasa

- Tak, wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka oraz na uczestnictwo w ocenie programu szczepień.
- Nie, nie wyrażam zgody na zaszczepienie mojego dziecka.
- Dziecko już otrzymało tę szczepionkę.

Ankieta zdrowotna (Jeśli nie wyrazili Państwo zgody na szczepienie - nie wypełniać.)

Czy u dziecka występuje:

- silna alergia..... tak nie
- czy kiedykolwiek wystąpiła silna reakcja alergiczna po szczepieniu..... tak nie
- jakkolwiek poważna choroba przewlekła..... tak nie

Jeśli odpowiedzieli Państwo „tak” na którekolwiek z pytań, proszę uzupełnić informacje na odwrocie strony.

Podpisy

Miejscowość:

Data:

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego
Nr telefonu w godz. dziennych

Wyraźnie imię i nazwisko

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego
Nr telefonu w godz. dziennych

Wyraźnie imię i nazwisko

Niniejszy dokument powinien zostać podpisany przez oboje rodziców/opiekunów prawnych, jeśli wspólnie sprawują opiekę rodzicielską.

Informacje uzupełniające:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....