

## INFORMACIÓN/OFRECIMIENTO

## Vacuna contra el VPH

El primero de enero de 2010, la vacuna contra el VPH fue introducida en el programa sueco de vacunación. VPH es la abreviación del virus del papiloma humano – un virus que, entre otras cosas, puede causar cambios en las células del cuello uterino, mismos que a largo plazo pueden conducir al cáncer de cuello uterino. La vacuna contra el VPH protege contra más del 70 % de todos los cánceres de cuello uterino. Si la vacuna es administrada a temprana edad y, más adelante, se realizan las pruebas de citología vaginal a las que se convoca con regularidad, es posible obtener una muy buena protección contra el cáncer de cuello uterino.

A las niñas nacidas a partir de 2002 se les ofrece la vacuna durante los grados escolares quinto y sexto. Para que la vacuna ofrezca el mayor efecto posible, debe administrarse dos veces con un intervalo de entre 6 y 12 meses. La vacunación es voluntaria. A través del presente formulario puede informarnos si desea que su hija sea o no vacunada, marcando con una cruz las casillas que encontrará a continuación. Si no entrega su aprobación, su hija no podrá ser vacunada.

Los datos relativos a la vacunación contra el VPH son archivados en el sistema de historia clínica. Dicha información está protegida por la Ley de Acceso Público a la Información y de Confidencialidad (2009:400). Si usted lo aprueba, los datos pueden ser utilizados para evaluar el programa de vacunación contra el VPH. Para la evaluación, se utiliza la comparación de los archivos de datos de atención sanitaria y de los análisis del virus en las pruebas conservadas por los servicios médicos-sanitarios.

El certificado es válido para ambas dosis. Antes de la vacunación, le pedimos que responda a las preguntas contenidas en la siguiente declaración del estado de salud. Háganos saber si las condiciones cambian de una inyección a otra. Si tiene otras preguntas o dudas, contacte al personal responsable de administrar la vacuna.

Debe entregarse al profesor encargado del curso/la enfermera de la escuela/el responsable de administrar la vacuna, a más tardar el:

---

Nombre de la niña	Número personal de identidad	Clase (si la vacunación es en la escuela)
-------------------	------------------------------	--

Sí, apruebo que mi hija sea vacunada

No, no deseo que mi hija sea vacunada

Ya ha sido vacunada

### ***Declaración del estado de salud (si no desea la vacunación, no necesita responder)***

La niña

- tiene alergias graves.....  Si  No

- ha tenido una reacción alérgica grave debido a una vacunación anterior .  Si  No

- padece una enfermedad crónica grave .....  Si  No

**Firmas Lugar:**

**Fecha:**

-----  
*Firma del progenitor/titular de la custodia    Aclaración de la firma    Teléfono durante el día*

-----  
*Firma del progenitor/titular de la custodia    Aclaración de la firma    Teléfono durante el día*

*En caso de custodia compartida, debe ir firmado por ambos progenitores.*

**Información adicional:**

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