

BİLGİLENDİRME/ÖNERİ

HPV'ye karşı aşı

HPV'ye karşı aşı 1 Ocak 2010 tarihinde İsveç aşı programına konmuştur. HPV, Human Papillorna Virüsünün kısaltılmış şeklidir. Bu virüs rahim ağzı hücrelerinde atipikleşme yani kanser öncüsü lezyonlar oluşmasına da neden olabilecek bir virüstür. Lezyonların ise uzun vadede rahim ağzı kanseri sonucunu doğurması ihtimali vardır. HPV aşısı tüm rahim ağzı kanseri vakalarının %70'inden fazlasına karşı koruma sağlar. Genç yaşlarda bu aşığı olarak çağrıldığı zaman papsmear testleri yaptıranlar rahim ağzı kanserine karşı çok iyi bir şekilde korunmuş olurlar.

2002'de veya daha sonra doğmuş kız çocuklarına bu aşı okulda 5-6. sınıflara gittikleri sırada önerilir. Tam olarak etkili olabilmesi için aşı en az 6 ay en çok 12 ay aralıklarla iki doz şeklinde verilir. Aşı yaptırmak isteğe bağlıdır. Bu formu aşağıda yer alan karelerden birine işaret koymak suretiyle çocuğunuza bu aşının yapılmasını veya yapılmamasını istediğinizi bildirmeniz mümkün bulunmaktadır. Aşı yapılmasını kabul etmediğiniz takdirde bu çocuğunuza aşı yapılamayacağı anlamına gelir.

HPV aşısı ile ilgili bilgiler hasta dosyası sisteminde saklanır. Kamuya Açıklık ve Gizlilik Yasası (2009:400) gereğince bu bilgiler konusunda gizlilik geçerlidir. Kabul edecek olursanız bilgilerin HPV aşı programı değerlendirmesinde kullanılması mümkündür. Değerlendirme yapılırken sağlık veritabanı bilgileri ve bakım kurumlarında saklı tahlil sonuçları virüs analizleri mukayesesi kullanılır.

Belge verilecek her iki doz için de geçerlidir. Aşı öncesinde aşağıda yer alan sağlık deklarasyonunu da doldurmanızı rica ediyoruz. Verilecek aşı dozları arasında koşullarda meydana gelebilecek değişiklikleri bildiriniz. Daha fazla bilgiler edinmek istediğiniz veya aşı konusunda tereddüt duyduğunuz takdirde aşığı vuracak güncel kişi veya kurumla temasa geçiniz.

Bu belge sınıf öğretmenine/ okul hemşiresine/ aşığı vuracak olana en geç aşağıdaki tarihte geri verilecektir.

Kız çocuğunun adı Doğum tarihi ve kimlik No Sınıfı

- Evet, çocuğuma aşı yapılmasını ve aşı programı değerlendirmesine katılmasını kabul ediyorum.
 Hayır, çocuğuma aşı yapılmasını istemiyorum. Bu aşığı daha önce oldu.

Sağlık deklarasyonu (Çocuğunuza aşı yapılmasını istememişseniz doldurmanıza gerek yoktur.)

Çocuğunuzda,

- ciddi bir alerji var mı?..... Evet Hayır
- Daha önce olduğu bir aşığı karşı ciddi bir alerjik reaksiyon gösterdi mi? ... Evet Hayır
-Çocuğunuzun herhangi bir kronik hastalığı var mı? Evet Hayır

