

INFORMATION/ERBJUDANDE

Vaccination mot HPV

Den 1 januari 2010 infördes vaccination mot HPV i det svenska vaccinationsprogrammet. HPV är en förkortning för humant papillomvirus - ett virus som bland annat kan orsaka cellförändringar på livmoderhalsen, vilka på lång sikt kan leda till livmoderhalscancer. Vaccin mot HPV skyddar mot ca 70 % av all livmoderhalscancer.

Flickor födda 1999 eller senare erbjuds vaccination när de går i skolans årskurs 5-6. Landstinget ger även flickor t.o.m. 18 års ålder samma erbjudande. För fullgod effekt ges vaccinet tre gånger med några månaders mellanrum. Vaccinationen är frivillig. På denna blankett kan du meddela om ditt barn ska vaccineras eller inte genom att kryssa en av rutorna nedan. Lämnas inte samtycke innebär det att ditt barn inte kan vaccineras.

Uppgifterna om HPV-vaccination sparas i journalsystem. Sekretess gäller för uppgifterna enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Om Du samtycker kan uppgifterna användas för att utvärdera HPV-vaccinationsprogrammet. Vid utvärderingen används jämförelse med hälsodataregister och virusanalys på i vården sparade prover.

Intyget gäller alla tre doserna. Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan. Meddela om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Om du har ytterligare frågor eller känner dig tveksam, kontakta skolsköterskan eller aktuell vaccinatör.

Återlämnas till klassläraren/skolsköterskan/vaccinatör senast den

Flickans namn

Personnummer

Klass

(vid vaccination i skola)

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras och till deltagande i utvärdering av vaccinationsprogrammet

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras, men inte till utvärdering av vaccinationsprogrammet

Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras

Redan vaccinerad

Hälsodeklaration (Om du svarat Nej till vaccination, behöver du inte svara)

Har barnet

- allvarlig allergi.....

Ja

Nej

- fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination

Ja

Nej

- någon allvarlig kronisk sjukdom

Ja

Nej

Om du svarat ja, lämna kompletterande information på baksidan

Underskrifter Ort:

Datum:

Förälders/Vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Förälders/Vårdnadshavares namnteckning

Namnförtydligande

Telefon dagtid

Hälsa- och sjukvården utgår från att föräldrar med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under

