##### TÁJÉKOZTATÁS A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZÉSÉRE SZOLGÁLÓ,HUMÁN PAPILLOMAVÍRUS (HPV) ELLENI

##### TÉRÍTÉSMENTES VÉDŐOLTÁSRÓL

Ezúton tájékoztatjuk, hogy lehetőség nyílik a 12. életévüket betöltött, és az általános iskola VII. osztályát (7. évfolyamát) 2014 szeptemberében kezdő leányok önkéntes térítésmentes HPV elleni védőoltására az oktatási intézményben szervezett oltások során.

A human papillomavírus bizonyos típusai olyan elváltozásokat hoznak létre, amelyek rákká fejlődhetnek. Közülük kettő, a 16-os és a 18-as típus okozza a méhnyakrákok kb. 70%-át. **A méhnyakrák védőoltással és rendszeres szűrővizsgálattal megelőzhető.** **A HPV elleni védőoltás** az Ön leánya számára ingyenes. A védettséghez két alkalommal, hathónapos időközzel beadott védőoltásra van szükség. Az oltási programhoz az állam a kétkomponensű, a méhnyakrák megelőzését szolgáló Cervarix oltóanyagot biztosítja.

 A védőoltás kockázata minimális, a beadását követően csak nagyon ritkán fordulnak elő kellemetlen tünetek. Mellékhatásként az oltás helyén fájdalom, bőrpír vagy duzzanat, esetenként láz, fejfájás, izomfájdalom, fáradékonyság jelentkezhet. Ezek a tünetek is általában enyhék és gyorsan elmúlnak. A védőoltás beadását követően jelentkező tünetekkel kapcsolatos kérdéseivel forduljon a gyermeket oltó orvoshoz!

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Szülői/Gondviselői nyilatkozat**

Kijelentem, hogy a védőoltással kapcsolatos tájékoztatást megkaptam, és megértettem.

Leányom részére a méhnyakrák megelőzése érdekében a humán papillomavírus elleni védőoltást\*

* **kérem;**
* **nem kérem, mert leányom a jelenlegi kampányoltást megelőzően már részesült HPV elleni védőoltásban;**
* **nem kérem**.

\*a megfelelő aláhúzandó

Gondoskodom róla, hogy gyermekem az iskolaorvos által megadott helyen és időpont(ok)ban megjelenik a védőoltás beadása céljából.

 ------------------------------ ------------------------------------

 Gyermek neve Születési ideje (év, hó, nap)

 --------------------------------- -------------------------------------

 Szülő/gondviselő neve A nyilatkozó aláírása