

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 mer än 70 % av all livmoderhalscancer. Om man vaccinerar sig i unga år, och sen går på cellprovskontroller när man bli kallad, kommer man att ha ett mycket bra skydd mot livmoderhalscancer.

Flickor födda 1999 eller senare erbjuds vaccination när de går i skolans årskurs 5-6. Landstinget ger även flickor födda efter 1/1 - 93 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 uppföljning av HPV-vaccinationsprogrammet. Uppföljningen innebär samkörning med hälsodataregister. HPV-analys av sparade prover i värden kan vid behov också ingå. Deltagande i uppföljningen innebär ingen provtagning eller ytterligare kontakt med sjukvården. Om du/ni inte önskar delta i uppföljningen var god meddela skolsköterskan/vaccinatören.

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 aktuell vaccinatör.

Återlämnas till klassläraren/skolsköterskan/vaccinatör senast den

Flickans namn

Personnummer

Klass

(vid vaccination i skola)

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras

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

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

