

Информация и предложение о вакцинации от ВПЧ

Вакцинация от вируса папилломы человека (ВПЧ) для девочек вошла в общегосударственную программу Швеции по вакцинации детей в 2010 г. Начиная с августа 2020 г. всем детям, учащимся в 5-м классе предоставляется возможность пройти вакцинацию от ВПЧ. ВПЧ-инфекция может стать причиной клеточных изменений, что в последствии может привести к раку шейки матки, гортани, половых органов или анального канала.

Для достижения оптимального эффекта вакцина вводится два раза с интервалом по меньшей мере в 6 месяцев. Если вакцинация от ВПЧ проводится после достижения 15 лет, тогда нужно ввести три дозы вакцины. С помощью этого бланка вы можете нам сообщить хотите ли вы, чтобы ваш ребёнок прошёл вакцинацию или нет, поставив ниже крестик в одном из полей бланка. В том случае, если согласие не будет дано ваш ребёнок не сможет пройти вакцинацию.

Этот документ распространяется на все дозы. Перед вакцинацией мы просим ответить вас на приведённые ниже вопросы в разделе «Сведения о состоянии здоровья». Известите нас если в период между дозами состояние здоровья изменится. Если вы хотите, чтобы вам предоставили дополнительную информацию или у вас есть дополнительные вопросы свяжитесь с вашей школьной медсестрой.

Вакцинация от ВПЧ **Бланк должен быть отдан школьной медсестре не позднее**

Имя и фамилия ребёнка **Персональный номер** **Класс**

- Да, я согласна/согласен с тем, чтобы мой ребёнок прошёл вакцинацию
- Нет, я не хочу, чтобы мой ребёнок проходил вакцинацию

Сведения о состоянии здоровья (не нужно заполнять если вы отказались от вакцинации)

У ребёнка

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| – серьёзная форма аллергии..... | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| – была серьёзная аллергическая реакция при какой-либо вакцинации ранее... | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| – какое-либо серьёзное хроническое заболевание..... | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

Если вы ответили "да", предоставьте пожалуйста дополнительную информацию на обратной стороне бланка

Подписи **Населённый пункт** **Дата**

Подпись родителя/опекуна **Расшифровка подписи** **Телефон в дневное время**

Подпись родителя/опекуна **Расшифровка подписи** **Телефон в дневное время**

Подписи ставятся обоими родителями/опекунами если опека является совместной.

Согласно Закону (2012:453) "О реестре общегосударственных программ по вакцинации" все сведения о проведённых в рамках общегосударственной программы по вакцинации детей вакцинациях передаются в общегосударственный реестр вакцинаций. Дополнительную информацию о реестре вакцинаций смотрите на www.folkhalsomyndigheten.se

Дополнительная информация:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....