

Szanowni Rodzice!

Przyczyną raka szyjki macicy jest bardzo powszechny wirus brodawczaka ludzkiego – HPV. Dzisiejsza medycyna daje możliwość zabezpieczenia się przed ryzykiem choroby.

W statystykach zachorowalności na raka szyjki macicy, Polska zajmuje jedno z czołowych miejsc w Europie. Aby zminimalizować ryzyko choroby, ginekolodzy zalecają między innymi zaszczepienie się przed onkogennymi typami wirusa HPV. Rutynowe stosowanie szczepionki przeciwko HPV jest rekomendowane dla dziewczynek w wieku od 12 do 16 roku życia (przed rozpoczęciem aktywności seksualnej).

Większość krajów Unii Europejskiej zdecydowało się na powszechne szczepienie dziewczynek. W Polsce szczepienie przeciwko HPV jest w kalendarzu szczepień zalecanych. Oznacza to, że choć przynajmniej się, że warto się zaszczepić, to na razie nie ma na to funduszy.

W ostatnich latach coraz więcej samorządów w Polsce decyduje się na finansowanie szczepień kilkunastoletnich dziewczynek z własnych środków budżetowych.

W roku 2016 również gmina Lubomierz dołączyła do samorządów podejmujących to działanie w ramach własnych środków budżetowych, który uzyskał pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

Przez 3 letni okres realizacji, planujemy zaszczepić 80 dziewcząt urodzonych w latach 2003 – 2005.

Dzięki realizacji tego programu macie Państwo szansę objąć bezpłatnym szczepieniem swoją córkę.

Przed podjęciem decyzji, proszę o zapoznanie się z Programem oraz ulotką opisującą zarówno samą szczepionkę jak i zalety zastosowanej profilaktyki (materiały dostępne na stronie internetowej BIP Gminy Lubomierz) oraz udział w proponowanych spotkaniach informacyjnych z lekarzem w szkole.

Po dokładnym przeanalizowaniu tematu i podjęciu ostatecznej decyzji, proszę o wypełnienie poniżej zamieszczonej deklaracji i złożenie jej (tylko deklaracji) do dnia **15 kwietnia 2016**, w szkole, do której dziecko uczęszcza.

.....
.....
(miejscowość, data)

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej
na szczepienie**

Ja,

zam.

wyrażam zgodę na objęcie Programem szczepień przeciw wirusowi HPV

(dwie dawki) mojego dziecka

(imię nazwisko dziecka)

PESEL TEL.

(dziecka)

(kontakt do rodzica / opiekuna prawnego)

Córka uczęszcza do

(nazwa szkoły)

W przypadku odstąpienia od kontynuacji Programu szczepień, po podaniu I dawki, bez uzasadnionych przyczyn zdrowotnych, zobowiązuję się do pokrycia poniesionych kosztów, pochodzących ze środków publicznych.

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)