

TÁJÉKOZTATÁS A HUMÁN PAPILLOMAVÍRUS (HPV) ELLENI TÉRÍTÉSMENTES VÉDŐOLTÁSRÓL

Ezúton tájékoztatjuk Önöket arról, hogy a **2020/2021. tanévben először nyílik lehetőség arra, hogy a 12. életévüket betöltött, és az általános iskola VII. osztályát (7. évfolyamát) szeptemberben kezdő leányok mellett a fiúk is önkéntes HPV elleni védőoltásban részesüljenek** az oktatási intézményben szervezett oltások során. Mivel a HPV okozta rákmegelőző állapotok és rákos megbetegedések nem kizárólag a leányoknál/nőknél fordulnak elő, fontos, hogy a fiúknak/férfiaknak is biztosítsunk lehetőséget a védettség elérésére.

A védőoltás a GARDASIL 9 vakcinával történik, amely az Ön fia számára térítésmentes. Az oltóanyag a humán papillomavírus 9 típusa (6-os, 11-es, 16-os, 18-as, 31-es, 33-as, 45-ös, 52-es, 58-as) által okozott betegségek ellen nyújt védelmet, például a végbélnyílást érintő rákmegelőző elváltozások és rosszindulatú daganatok, továbbá specifikus HPV típusok által okozott genitális szemölcsök. A védettséghez két alkalommal, hat hónapos időközzel beadott védőoltásra van szükség. Ön most dönthet arról, megadja-e a maximális esélyt arra, hogy amikor fia felnőtt lesz, akkor ne alakulhasson ki nála HPV okozta daganat.

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. Amennyiben a védőoltás beadását követően valamilyen tünet jelentkezne, forduljon a fiát oltó orvoshoz vagy fia házi orvosához/házi gyermekorvosához!

A nyilatkozat leadásának határideje: 2020. október 5.

Szülői/Gondviselői nyilatkozat

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

Fiam részére a HPV okozta daganatok megelőzése érdekében a humán papillomavírus elleni védőoltást*

- **kérem;**
- **nem kérem, mert fiam már részesült HPV elleni védőoltásban;**
- **nem kérem, és ezzel végleg lemondok arról, hogy fiamnak térítésmentesen igényeljem a HPV elleni védőoltást.**

*a megfelelő aláhúzendó

Gondoskodom róla, hogy fiam 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