

Vaccination mot HPV – Humant Papillom Virus

Information/erbjudande

Från och med augusti 2020 erbjuds alla elever i årskurs 5 HPV-vaccination. HPV-infektion kan orsaka cellförändringar som på lång sikt kan leda till cancer i livmoderhals, svalg, könsorgan och ändtarmsöppning.

För fullgod effekt ges vaccinet två gånger med ett intervall av minst 6 månader och som mest 12 månader. Om man påbörjar HPV-vaccination från 15 år behövs tre doser av vaccinet. 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.

Uppgifter om HPV-vaccination registreras från 1 januari 2013 i vaccinationsregister för uppföljning. Sekretess gäller för uppgifterna enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). För forskning och uppföljning av vaccinationsprogrammet kan oidentifierad uppgifter komma att användas.

Intyget gäller båda doserna. Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan. Meddela om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Läs gärna mer om vaccinationer på www.1177.se och/eller www.folkhalsomyndigheten.se

Elevens namn:	Elevens personnr:	Klass:
---------------	-------------------	--------

Jag samtycker till att mitt barn vaccineras

Jag vill inte att mitt barn vaccineras

Hälsodeklaration (om du svarat Nej till vaccination behöver du inte svara)

Har barnet allvarlig allergi? Ja Nej
 Har barnet fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? Ja Nej
 Har barnet någon allvarlig kronisk sjukdom? Ja Nej

Underskrift *Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under annars kan inte vaccinationen ges*

Namn vårdnadshavare 1:	Telefon dagtid:
Underskrift:	Datum:
Namn vårdnadshavare 2:	Telefon dagtid:
Underskrift:	Datum:

Åter till skolsköterskan eller klassläraren senast den.....

Kompletterande information:

--

För skolan att fylla på vid vaccinering:

Datum	Batchnummer	Arm	Initialer