

**Załącznik Nr
do Programu przyjętego
Uchwałą Rady Powiatu w Lipnie
Nr 2011
z dnia 2011**

Szanowni Rodzice/ Opiekunowie!

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 drugie miejsce 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 15 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 przyznaje się, że warto się zaszczepić, to na razie nie ma na to funduszy (koszt zaszczepienia jednej dziewczynki to kwota około 1000 zł - trzy dawki)).

W roku 2008-2010 kilka polskich miast, gmin i powiatów zdecydowało się sfinalizować szczepienia wśród kilkunastoletnich dziewczynek z własnych środków budżetowych.

W roku 2011 również Powiat Lipnowski chce dołączyć do samorządów podejmujących to działanie w ramach własnych środków budżetowych szczepiąc około 23 dziewcząt.

Poprzez przyjęcie powiatowego program zdrowotnego pod nazwą „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w Powiecie Lipnowskim na lata 2011-2012”, również Państwo macie szansę podjęcia decyzji objęcia bezpłatnym szczepieniem swojej córki.

Przed podjęciem decyzji, proszę o zapoznanie się z Programem oraz ulotką opisującą proponowany lek w postaci szczepionki (***materiały dostępne na stronie internetowej bip Powiat Lipnowski***).

Po dokładnym przeanalizowaniu tematu i podjęciu ostatecznej decyzji, proszę o wypełnienie poniżej zamieszczonej deklaracji i złożenie jej do dnia

w szkole, do której dziecko uczęszcza.

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

Ja,
zam.....

wyrażam zgodę na objęcie Programem szczepień przeciw wirusowi HPV
(trzy dawki) mojego dziecka
(imię nazwisko dziecka)

PESEL

Córka uczęszcza do
(nazwa szkoły)

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

.....
(miejscowość, data)

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