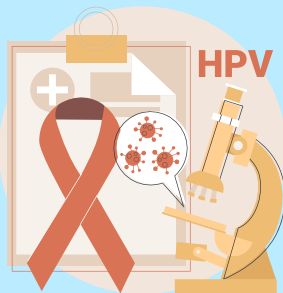




ZAVOD ZA JAVNO
ZDRAVSTVO ZADAR

Služba za školsku i adolescentnu medicinu

Cijepljenje protiv Humanog papiloma virusa



HPV je odgovoran za nastanak više od 99% raka vrata maternice, 80% raka anusa, 60% raka penisa, rodnice i ženskog vanjskog spolovila te za približno 20% raka u usnoj šupljini, više od 95% genitalnih bradavica.



CJEPIVO se koristi za zaštitu od HPV infekcije i razvoja premalignih lezija, anogenitalnih bradavica i 6 vrsta raka.



Cjepivo je namijenjeno za cijepljenje učenika i učenica **5. - 8. RAZREDA**.



Od 2015.g. cjepivo je uvedeno u Provedbeni program cijepljenja u Republici Hrvatskoj kao preporučeno, neobavezno i besplatno. **CIJEPLJENJE PROVODI NADLEŽNI ŠKOLSKI LIJEČNIK.**

Sažetak opisa svojstava cjepiva:

http://ec.europa.eu/health/documents/communityregister/2018/20180219140172/anx_140172_hr.pdf

Više o HPV-u:

<https://budi-mrak.com/>

Animacijski video o HPV infekciji:

<https://budi-mrak.com/animacijski-video-hpv-infekcija/>

Poštovani roditelji, prije dolaska na sistematski pregled pročitajte i potpišite se na obrazac **INFORMIRANI PRISTANAK** te ga donesite na sistematski pregled.



INFORMIRANI PRISTANAK

Molimo roditelja/staratelja da ispuni sljedeće rubrike obrasca i vrati ga nadležnom školskom liječniku (prilikom dolaska djeteta na cijepljenje ili prema uputama liječnika):

Ovime potvrđujem da sam prije cijepljenja upoznat/a s očekivanom djelatvornošću i mogućim nuspojavama cjepiva protiv infekcije HPV-om.

Slažem se da moje dijete primi cjepivo protiv infekcije HPV-om

Ne slažem se da moje dijete primi cjepivo protiv infekcije HPV-om

Upišite + u kvadratić ispred odgovarajućeg odgovora

Ime i prezime djeteta:

Potpis roditelja/staratelja, mjesto i datum

Napomena: Molimo da učenica/k sa sobom na cijepljenje donese ispunjeni obrazac, zdravstvenu iskaznicu i iskaznicu o cijepljenju, medicinsku dokumentaciju ako boluje od kakvih bolesti, uzima lijekove ili je bila/bio na operativnom zahvatu. Učenice/i na cijepljenje dolaze same/i. Ako roditelj/staratelj želi, može doći u pratnji učenice/ka. Sve napomene liječniku možete napisati ovdje:

ŠKOLSKA AMBULANTA BIOGRAD N/M
TEL: 023/386-820 ; TEL 2: 023/627-982

Email:
jelena.buljat-miokovic@zjz-zadar.hr

dr. Jelena Buljat - Mioković , spec.obiteljske med.