

TÁJÉKOZTATÁS A HUMÁN PAPILLOMAVÍRUS (HPV) ELLENI TÉRÍTÉSMENTES VÉDŐOLTÁSRÓL

Ezúton tájékoztatjuk Önöket arról, hogy a **2024/2025. tanévben** is lehetőség nyílik a 12. életévüket betöltött, és az általános iskola VII. osztályát (7. évfolyamát) szeptemberben kezdő **leányok és fiúk önkéntes HPV elleni védőoltására** az oktatási intézményben szervezett oltások során. Mivel a HPV okozta rákmegelőző állapotok és rákos megbetegedések mind a leányoknál, mind a fiúknál előfordulhatnak, fontos, hogy védőoltásban részesüljenek.

A védőoltás a GARDASIL9 vakcinával történik, amelyet térítésmentesen biztosítunk gyermeke számára. 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 olyan betegségek ellen nyújt védelmet, mint a méhnyakat, a szeméremtestet vagy hüvelyt, valamint a végbélnyílást érintő rákmegelőző elváltozások és rosszindulatú daganatok, továbbá specifikus HPV típusok által okozott nemi szervi szemölcsök. A védettséghez két alkalommal, hat hónapos időközzel beadott védőoltásra van szükség. Ön most dönthet arról, megadja-e a maximális esélyt arra, hogy amikor gyermeke felnő, 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 gyermekét oltó orvoshoz vagy gyermeke házi orvosához/házi gyermekorvosához!

A nyilatkozat leadásának határideje: 2024. szeptember 13.

Szülői/Gondviselői nyilatkozat

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

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

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

**a megfelelő aláhúzendő*

Gondoskodom arról, hogy gyermekem az iskolaorvos által megadott helyen és időpont(ok)ban megjelenjen a védőoltás beadása céljából.

Gyermek neve

Születési ideje (év, hó, nap)

Szülő/gondviselő neve

A nyilatkozó aláírása