

**TÁJÉKOZTATÁS A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZÉSÉRE SZOLGÁLÓ,
HUMÁN PAPILOMAVÍRUS (HPV) ELLENI
TÉRÍTÉSMENTES VÉDŐOLTÁSRÓL**

A méhnyakrák az egyik olyan daganatos megbetegedés, amely védőoltással megelőzhető, Magyarországon mégis közel 400 nő veszti életét évente ebben a betegségben. Így a méhnyakrák a 45 év alatti magyar nők második leggyakoribb daganatos megbetegedése. Olyan fiatal nők, anyák halnak meg, akik még élhetnének, ha részesülhettek volna védőoltásban és rendszeres rákszűrésen vettek volna részt.

Ezt a súlyos betegséget a HPV (humán papillomavírus) rákkeltő típusai okozzák, amelyek leggyakoribb típusai ellen az Ön gyermeke számára Magyarországon térítésmentesen elérhető a védőoltás. Ön most dönthet arról, megadja-e a maximális esélyt arra, hogy amikor leánya felnőtt lesz, akkor ne alakulhasson ki nála méhnyakrák.

A védőoltás kockázata minimális, a beadását követően csak nagyon ritkán fordulnak elő kellemetlen tünetek. Súlyos oltást követő esemény a Magyarországon eddig beadott százezer oltás után nem fordult elő. 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 gyermeket oltó orvoshoz vagy gyermeke házi orvosához/házi gyermekorvosához!

A nyilatkozat leadásának határideje: 2018. szeptember 12.

Szülői/Gondviselői nyilatkozat

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

Leányom részére a méhnyakrák megelőzése érdekében a humán papillomavírus elleni védőoltást*

- **kérem;**
- **nem kérem, mert leányom a jelenlegi kampányoltást megelőzően már részesült HPV elleni védőoltásban;**
- **nem kérem, és ezzel végleg lemondok arról, hogy kislányomnak térítésmentesen igényeljem a méhnyakrák elleni védőoltást.**

*a megfelelő aláhúzendó

Gondoskodom róla, hogy gyermekem 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