

SAMTYCKE OCH INFORMATION

- VACCINATION MOT HPV

Varför vaccinerar vi mot HPV?

Humant papillomvirus (HPV) är ett virus som kan orsaka cancer och sjukdomar hos både pojkar och flickor. Viruset kan bl.a. orsaka cellförändringar på livmoderhalsen vilka på lång sikt kan leda till cancer i livmoderhals, svalg, könsorgan och ändtarmsöppning. För fullgod effekt ges vaccinet vid två tillfällen med minst 6 månaders mellanrum innan 15 års ålder. Vid vaccination från 15 års ålder ges vaccinet vid tre tillfällen enligt ett dosschema.

Kan vaccinet ge biverkningar?

De vanligaste biverkningarna är smärta, rodnad, svullnad och klåda vid injektionsstället. Feber, huvudvärk, illamående, allmän sjukdomskänsla eller svimning kan förekomma. Besvären är ofta lindriga och snabbt övergående.

Vaccinet som används heter Gardasil 9®. För ytterligare information se www.fass.se.

Mer information om vaccin mot HPV hittar du på Folkhälsomyndighetens hemsida www.folkhalsomyndigheten.se.

För att ert barn ska få vaccinationen i skolan behöver frågorna besvaras i hälsodeklarationen och samtliga vårdnadshavare måste lämna sitt samtycke med underskrift. Intyget gäller för samtliga doser. Vårdnadshavare uppmanas att meddela skolsköterskan om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Även om ingen vaccination önskas behöver skolsköterskan få den informationen via blanketten med underskrift i retur.

Nationella vaccinationsregistret

Alla vaccinationer av barn och ungdomar som följer det allmänna vaccinationsprogrammet för barn rapporteras enligt lag till ett vaccinationsregister som Folkhälsomyndigheten ansvarar för, ett verktyg för uppföljning och övervakning av vaccinationstäckning, skyddseffekt, vaccinsvikt och biverkningar.

Inför vaccination

Förbered gärna ditt barn inför vaccinationen genom att prata om varför vaccinering ska genomföras. Om ditt barn känner stark oro kontakta skolsköterskan.

SAMTYCKE TILL VACCINATION

Elevhälsans medicinska insats

Samtycke till att mitt barn vaccineras mot HPV Ja Nej

Om ni tackar nej till vaccinationen och senare ändrar er vänligen kontakta skolsköterskan. Vid vaccination ≥ 15 år ges 3 doser.

Uppgifter om eleven

Namn	Personnummer
Skola	Klass
Har eleven allergi, långvarig sjukdom eller regelbunden medicinering ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, komplettera information:	
Har eleven fått allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, när och på vilket sätt :	

Datum	Underskrift vårdnadshavare	Underskrift vårdnadshavare
	Telefonnummer	Telefonnummer

För samtycke till vaccinering krävs underskrift av samtliga vårdnadshavare.

Ta kontakt med skolsköterskan om du har några frågor.