

OBVESTILO O CEPLJENJU PROTI OKUŽBAM S HPV OB SISTEMATSKEM PREGLEDU

Spoštovani starši!

Za vašo/ega mladostnico/ka je predviden sistematski pregled, dne _____
_____ v _____
in bo potekal po programu za sistematski pregled v šestem razredu.

Po končanem pregledu bomo ob vaši privolitvi izvedli cepljenje proti okužbam s humanimi papilomavirusi (HPV). Cepljenje je brezplačno.

Za popolno cepljenje sta potrebna dva odmerka cepiva. Prvi odmerek bo mladostnik/ca prejel/a na sistematskem pregledu v šestem razredu, drugi odmerek pa predvidoma čez 6 mesecev.

Prilagamo tudi letak z informacijami o cepljenju proti okužbam s HPV.

Če vi in vaš/a mladostnik/ca želite, da opravimo cepljenje, potrebujemo vašo privolitev. Zato vas prosimo, da preberete informacije o cepljenju proti okužbam s HPV in izpolnite »Izjavo o cepljenju proti okužbam s HPV«, ki je del priloženega letaka.

Prosimo, da vaš/a mladostnik/ca na sistematski pregled s seboj prinese:

- kartico zdravstvenega zavarovanja (KZZ),
- Knjižico o cepljenju oziroma podatke o opravljenih cepljenjih,
- izpolnjeno »Izjavo o cepljenju proti okužbi s HPV«.

Vaš šolski zdravnik

Več informacij o cepljenju proti okužbam s HPV lahko dobite pri šolskem zdravniku in na spletni strani NIJZ:

