

Szanowni Państwo,

Wałbrzych aktywnie wspiera ją politykę nowotworową w Polsce. Prezydent Wałbrzycha zdecydował o sfinansowaniu szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV, odpowiedzialnemu za powstanie raka szyjki macicy.

Szczepieniem objęte zostaną dziewczynki w wieku 12 lat (rocznik 2005), zamieszkałych i na stałe zameldowanych na terenie Wałbrzycha.

Koszt podania cyklu trzech dawek szczepionki, poprzedzonych kwalifikacyjnymi badaniami lekarskim, zostanie w całości sfinansowany ze środków budżetowych Miasta Wałbrzycha.

Wirus HPV odpowiada za różne przednowotworowe i nowotworowe zmiany na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolicach ciała. **W Polsce zapada na ten typ nowotworu około 3 500 kobiet rocznie, z czego umiera, co roku około 2 000 kobiet i jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie.**

Od kwietnia, w wałbrzyskich szkołach, odbędą się lekcje edukacyjne dla dziewczynek i chłopców z rocznika 2005, w ramach Programu szczepień przeciwko HPV, które przeprowadzi wykwalifikowany personel medyczny. W tym samym czasie odbędą się spotkania z rodzicami, podczas których zostaną oni poinformowani o zaletach szczepień przeciwko HPV oraz sprawach organizacyjnych, dotyczących przebiegu szczepień.

Szczepienie odbędzie się w Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Śródmieście - Biały Kamień Sp. z o.o. 58-304 Wałbrzych, ul. Wysockiego 24-24a. Telefon kontaktowy: 74 846-18-64, 74 843-40-58, 74 846-34-13, 74 842-20-74 oraz telefon komórkowy 604 444 155.

Szczepienia będą się odbywać w poniedziałki i piątki od godz. 11.00 do godz. 17.00 oraz wtorek, środa, czwartek od godz. 11.00 do godz. 13.00.

Warunkiem skorzystania z darmowego szczepienia jest pisemna zgoda rodziców. W tym celu należy wypełnić „formularz zgody na szczepienie”, który jest załącznikiem do listu.

**FORMULARZ ZGODY
NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV**

Imię i nazwisko dziecka

PESEL dziecka

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego

Adres zameldowania dziecka na pobyt stały

(Kod pocztowy, miasto)

.....
(Ulica, Nr domu i mieszkania)

Przynależność do lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

.....
(Nazwa placówki zdrowia i jej adres)

Wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia

(Imię i nazwisko dziecka)

przeciwko zakażeniu wirusem brodawczaka ludzkiego HPV typu 6,11,16 i 18,
w ramach realizowanego „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka
ludzkiego HPV na lata 2014-2018”, finansowanego z budżetu Gminy Wałbrzych,
dla dziewcząt urodzonych w 2005 roku, zameldowanych na pobyt stały w
Wałbrzychu.

Oświadczam, że jako rodzic/opiekun prawny zostałem/zostałam
zapoznany/zapoznana z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz o ich
celowości, działaniu i ewentualnych następstwach podania szczepionki.

.....
(Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)