



Till vårdnadshavare

Vaccination mot HPV

HPV-vaccin erbjuds alla elever i årskurs 5 inom det allmänna vaccinationsprogrammet för barn. För fullgod effekt ges vaccinet två gånger med ett intervall på minst 6 månader. Från 15 år och äldre erbjuds alltid ett 3-doschema som ges inom ett år med några månaders mellanrum för fullgod effekt.

Varför bör man vaccinera mot HPV?

HPV är en förkortning för humant papillomvirus. Viruset sprids lätt via hud- eller slemhinnekontakt. En HPV-infektion kan orsaka cellförändringar som på lång sikt kan leda till cancer i livmoderhals, svalg, könsorgan och ändtarmsöppning. Vaccin mot HPV, Gardasil 9 förebygger infektion av de flesta HPV-typer som kan ge cancer.

Ger vaccinationen några besvär?

Liksom andra läkemedel kan HPV-vaccin ge biverkningar, men de flesta är milda och går snabbt över. Följande är vanliga biverkningar som har rapporterats: rött, svullet och ömt på injektionsstället, huvudvärk, feber och illamående.

Kan alla vaccineras?

Berätta om ditt barn är sjukt, har en underliggande sjukdom eller en allvarlig allergi, eller reagerade på något sätt i samband med en tidigare vaccination. Meddela om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Om ditt barn har nedsatt immunförsvar krävs särskild läkarbedömning.

Läs mer om vaccination mot HPV på folkhalsomyndigheten.se

Om du önskar mer information kontakta ditt barns skolsköterska.

Alla givna vaccinationer i det allmänna vaccinationsprogrammet för barn ska rapporteras till det nationella vaccinationsregistret vid Folkhälsomyndigheten.



Samtycke till vaccination HPV - gäller samtliga doserna

Fylls i av elevens vårdnadshavare. Lämna blanketten senast:

Namn	Personnummer/LMA-nummer
Skola	Klass/Grupp

Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan.

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot HPV

Nej, jag samtycker inte till vaccination mot HPV

Hälsodeklaration (Om du svarat nej till vaccination, behöver du inte svara):

Har ditt barn...

...allvarlig allergi?

Nej Ja, vilken allergi? _____

...fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination/injektion?

Nej Ja, vilken allergisk reaktion och av vad? _____

...någon allvarlig sjukdom eller regelbunden medicinering?

Nej Ja, vilken? _____

Vid gemensam vårdnad undertecknar båda vårdnadshavarna samtycket.

Datum:

Vårdnadshavares underskrift

Namnförtydligande

Telefon

Vårdnadshavares underskrift

Namnförtydligande

Telefon

Vaccinationer är frivilliga. Lämnas inte samtycke innebär det att ert barn inte kan vaccineras.