

**Szanowni Rodzice!**

Przyczyną raka szyjki macicy jest bardzo powszechny wirus brodawczaka ludzkiego – HPV. Dzisiejsza medycyna daje możliwość zabezpieczenia się przed ryzykiem choroby.

W statystykach zachorowalności na raka szyjki macicy Polska zajmuje drugie miejsce w Europie. Aby zminimalizować ryzyko choroby, ginekolodzy zalecają między innymi zaszczepienie się przed onkogennymi typami wirusa HPV. Rutynowe stosowanie szczepionki przeciwko HPV jest rekomendowane dla dziewczynek w wieku od 12 do 15 roku życia ( przed rozpoczęciem aktywności seksualnej ). Większość krajów Unii Europejskiej zdecydowało się na powszechne szczepienie dziewczynek. W Polsce szczepienie przeciwko HPV jest w kalendarzu szczepień zalecanych. Oznacza to, że choć przyznaje się, że warto się zaszczepić, to na razie nie ma na to funduszy ( koszt zaszczepienia jednej dziewczynki to kwota około 750 zł - trzy dawki ) .

W 2008 roku kilka polskich miast, gmin i powiatów zdecydowało się sfinalizować szczepienia wśród kilkunastoletnich dziewczynek z własnych środków budżetowych.

W roku 2012 również gmina Murów dołączyła do samorządowców podejmujących to działanie w ramach własnych środków budżetowych.

Poprzez przyjęcie wieloletniego *Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV na lata 2016-2021* , również Państwo macie szansę podjęcia decyzji objęcia bezpłatnym szczepieniem swojej córki.

Przed podjęciem decyzji, proszę o zapoznanie się z Programem oraz ulotką opisującą proponowany lek w postaci szczepionki oraz udział w proponowanych spotkaniach informacyjnych z lekarzami w szkołach. Po dokładnym przeanalizowaniu tematu i podjęciu ostatecznej decyzji, proszę o wypełnienie poniższej zamieszczonej deklaracji i złożenie jej do dnia ..... w szkole, do której dziecko uczęszcza.

.....

.....  
( miejscowość, data )

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej  
na szczepienie**

Ja, .....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

zam. ....  
(adres zamieszkania)

wyrażam zgodę/ nie wyrażam \* zgody na objęcie Programem szczepień  
przeciw wirusowi HPV

( dwie dawki) mojego dziecka .....  
( imię i nazwisko dziecka )

PESEL .....

Córka uczęszcza do .....  
( nazwa szkoły)

W przypadku odstąpienia od kontynuacji Programu szczepień, po podaniu I dawki, zobowiązuję się do pokrycia poniesionych kosztów, pochodzących ze środków publicznych.

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