



Szanowni Państwo,

Miasto Ostrów Mazowiecka postanowiło dołączyć do rosnącej rzeszy samorządów i aktywnie wspierać profilaktykę nowotworową w Polsce. Burmistrz Miasta zdecydował o sfinansowaniu szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), odpowiedzialnego za powstawanie m.in. raka szyjki macicy, dla dziewczynek zameldowanych w mieście Ostrów Mazowiecka i urodzonych w 2001 i 2002 roku.

Koszt tych szczepień zostanie w całości pokryty z budżetu miasta.

Wirus HPV odpowiada za różne przednowotworowe i nowotworowe zmiany na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. W skali całego świata rak szyjki macicy jest drugim, co do częstości rakiem, który dotyka kobiety.

W Polsce zapada na ten typ nowotworu ponad 3 600 kobiet rocznie, z czego umiera, co roku około 2 000 – jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie!

Dnia 4 grudnia 2014r.(czwartek) o godz 18.00

w budynku Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji (parter), ul. Warchalskiego 3

odbędzie się spotkanie edukacyjne dla Rodziców nt. chorób wywoływanych przez wirusa HPV i metodach walki z nimi.

Spotkanie poprowadzi dr n. med. Małgorzata Oniszczyk z Kliniki Ginekologii i Onkologii Ginekologicznej UM w Białymstoku

Podczas tego spotkania będzie można uzyskać dodatkowe informacje na temat szczepień przeciw HPV

Do zaszczepienia Państwa córki niezbędna jest zgoda rodziców.

Należy wypełnić właściwy formularz, który otrzymają Państwo z tym listem.

Szczepienie obejmuje podanie 3 dawek szczepionki w przedziale czasowym 6-ciu miesięcy.

Przed szczepieniem dziecko badane jest przez lekarza pediatrę lub lekarza rodzinnego

Szczepienie będzie odbywać się w:

Powiatowa Przychodnia Zdrowia

Ul. Okrzei 8

07-300 Ostrów Mazowiecka

Tel (29) 745 39 02



Uwaga! : Wypełniony formularz proszę zwrócić do Pielęgniarki szkolnej

FORMULARZ ZGODY

**NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV
odpowiedzialnemu między innymi za raka szyjki macicy.**

I. Dane osobowe:

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia dziecka

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych.....

.....tel:.....

Adres stałego zameldowania

dziecka.....

II. Lekarz rodzinny dziecka oraz nazwa przychodni

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie pracy dla potrzeb wykonania szczepienia HPV,
zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

Wyrażam zgodę na podanie szczepionki mojej córce.

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Nie wyrażam zgody na podanie szczepionki mojej córce.

.....
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

III. Miejsce szczepienia:

Powiatowa Przychodnia Zdrowia

Ul. Okrzei 8

07-300 Ostrów Mazowiecka

Tel (29) 745 39 02