

**Deklaracja przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw
HPV w szkole**

Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję wolę wykonania w szkole szczepienia
szczepionką¹:

- a. Gardasil 9
- b. Cervarix

u mojego dziecka. Potwierdzam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące
tego szczepienia i je zrozumiałam/zrozumiałem¹.

**Wyrażam/nie wyrażam¹ zgodę(y) na szczepienie dziecka w szkole bez mojej
obecności.**

.....
(Data i czytelny podpis)

¹ Podkreśl właściwe.

**Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia przeciw HPV
w szkole**

Oświadczam, że moje dziecko¹:

nie było szczepione przeciw HPV

otrzymało pierwszą dawkę szczepionki **Cervarix/Gardasil9²** przeciw HPV

w dniu.....

(Należy wskazać datę szczepienia)

.....

(Data i czytelny podpis)

Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole

Ja

(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....

(Imię i nazwisko osoby małoletniej)

.....

(Adres zamieszkania osoby małoletniej)

.....

(PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości)

i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV w szkole.

.....

(Data i czytelny podpis)

¹ Zaznacz właściwe

² Zaznacz właściwą nazwę szczepionki

I. Formularz o stanie zdrowia dziecka – wywiad przed szczepieniem przeciwko HPV w szkole

(Formularz dotyczy stanu zdrowia dziecka. Formularz wypełnia opiekun prawny dziecka)

Imię i nazwisko dziecka: _____

Adres zamieszkania dziecka: _____

Tel. kontaktowy do opiekuna prawnego dziecka: _____

Data urodzenia dziecka : _____

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informacja: Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli zdecydować lekarzowi przeprowadzającemu kwalifikację dziecka do szczepienia, czy szczepienie będzie możliwe do wykonania w dniu badania. Odpowiedź „TAK” na jakiegokolwiek pytanie nie oznacza od razu, że nie należy szczepić dziecka. Konieczne będzie natomiast zadanie dodatkowych pytań podczas badania.

*** podkreśl poprawną odpowiedź:**

1. Czy dziecko jest ogólnie zdrowe? TAK*/ NIE*
2. Czy dziecko jest uczulone na leki/ jakieś szczepionki/ klej opatrunkowy/ lateks? TAK*/ NIE*
3. Czy wystąpiła u dziecka kiedykolwiek ciężka, niepożądana reakcja po szczepieniu? TAK*/ NIE*
4. Czy dziecko choruje przewlekle na chorobę serca/ astmę/ inną chorobę płuc/ nerek/ chorobę metaboliczną (np. cukrzycę)/ niedokrwistość/ inną chorobę krwi? TAK*/ NIE*
5. Czy dziecko choruje na nowotwór złośliwy/ białaczkę/ AIDS (zakażenie HIV)/ inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)? TAK*/ NIE*
6. Czy dziecko otrzymywało w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (deksametazon, Encortolon, Encorton, Hydrokortyzon, Medrol, Metypred itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) czy łuszczycy? TAK*/ NIE*
7. Czy wstępowały u dziecka drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)? TAK*/ NIE*
8. Czy w ciągu minionego roku dziecko otrzymało krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazwany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)? TAK*/ NIE*
9. Czy dziecko otrzymało jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni TAK*/ NIE*

Jeśli TAK to jaką i przeciw jakiej chorobie: _____

FORMULARZ wypełniony przez opiekuna prawnego dziecka:

DATA _____ czytelny podpis: _____

