

**TÁJÉKOZTATÁS A MÉHNYAKRÁK MEGELŐZÉSÉRE SZOLGÁLÓ,  
HUMÁN PAPILOMAVÍRUS (HPV) ELLENI  
TÉRÍTÉSMENTES VÉDŐOLTÁSRÓL**

Ezúton tájékoztatjuk, hogy ebben az évben is lehetőség nyílik a 12. életévüket betöltött, és az általános iskola VII. osztályát (7. évfolyamát) szeptemberben kezdő leányok önkéntes térítésmentes HPV elleni védőoltására az oktatási intézményben szervezett oltások során.

A humán papillomavírus bizonyos típusai olyan elváltozásokat hoznak létre, amelyek rákká fejlődhetnek. Közülük kettő, a 16-os és a 18-as típus okozza a méhnyakrákok kb. 70%-át. **A méhnyakrák védőoltással és rendszeres szűrővizsgálattal megelőzhető. A HPV elleni védőoltás az Ön leánya számára ingyenes.** A védettséghez két alkalommal, hathónapos időközzel beadott védőoltásra van szükség. Az oltási programhoz az állam a kétkomponensű, a méhnyakrák megelőzését szolgáló Cervarix oltóanyagot biztosítja.

A védőoltás kockázata minimális, a beadását követően csak nagyon ritkán fordulnak elő kellemetlen tünetek. Mellékhatásként az oltás helyén fájdalom, bőrpír vagy duzzanat, esetenként láz, fejfájás, izomfájdalom, fáradékonyság jelentkezhet. Ezek a tünetek is általában enyhék és gyorsan elmúlnak. A védőoltás beadását követően jelentkező tünetekkel kapcsolatos kérdéseivel forduljon a gyermeket oltó orvoshoz!

---

**Szülői/Gondviselői nyilatkozat**

Kijelentem, hogy a védőoltással kapcsolatos tájékoztatást megkaptam, és megértettem.

Leányom részére a méhnyakrák megelőzése érdekében a humán papillomavírus elleni védőoltást\*

- **kérem;**
- **nem kérem, mert leányom a jelenlegi kampányoltást megelőzően már részesült HPV elleni védőoltásban;**
- **nem kérem.**

\*a megfelelő aláhúzendő

Gondoskodom róla, hogy gyermekem az iskolaorvos által megadott helyen és időpont(ok)ban megjelenik a védőoltás beadása céljából.

-----  
Gyermek neve

-----  
Születési ideje (év, hó, nap)

-----  
Szülő/gondviselő neve

-----  
A nyilatkozó aláírása