

Iskolavédőnő neve, elérhetősége:

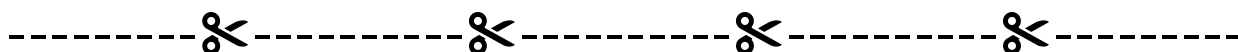
TÁJÉKOZTATÓ a humán papillomavírus (HPV) elleni térítésmentes védőoltásról

Ezúton tájékoztatom, hogy a **2025/2026. tanévben** is lehetőség nyílik a 12. életévüket betöltött, és az általános iskola **VII. osztályát (7. évfolyamát) szeptemberben kezdő tanulók önkéntes HPV elleni védőoltására** az oktatási intézményben szervezett oltások során. Fontos, hogy **mind a leányok, mind a fiúk** védőoltásban részesüljenek, mivel a HPV okozta rákmegelőző állapotok és rákos megbetegedések mindkét nemnél előfordulhatnak.

A védőoltás a GARDASIL9 vakcinával történik, amely térítésmentesen biztosított gyermeke számára. Az oltóanyag a humán papillomavírus 9 típusa (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) által okozott olyan betegségek ellen nyújt védelmet, mint a méhnyakat, a szeméremtestet vagy hüvelyt, valamint a végbélnyílást érintő rákmegelőző elváltozások és rosszindulatú daganatok, illetve nemi szervi szemölcsök. A védettséghez két alkalommal, hat hónapos időközzel beadott védőoltásra van szükség. **Ön most dönthet** arról, megadja-e a maximális esélyt arra, hogy amikor gyermeke felnőtt, ne alakulhasson ki nála HPV okozta daganat.

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. Amennyiben a védőoltás beadását követően valamilyen tünet jelentkezne, forduljon a gyermekét oltó orvoshoz vagy gyermeke háziorvosához/házi gyermekorvosához.

A nyilatkozat leadásának határideje: 2025. szeptember 12.



Szülői/Gondviselői nyilatkozat

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

Gyermequem részére a HPV okozta daganatok megelőzése érdekében a humán papillomavírus elleni védőoltást*

- ☐ **kérem;**
- ☐ **nem kérem**, mert gyermekem **már részesült** HPV elleni védőoltásban;
- ☐ **nem kérem**, és ezzel **végleg lemondok** arról, hogy gyermekemnek térítésmentesen igényeljem a HPV elleni védőoltást.

**a válasz a megfelelő négyzetben jelölendő*

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

Gyermek neve

Születési ideje (év, hó, nap)

Szülő/gondviselő neve

A nyilatkozó aláírása