

Szanowni Państwo

Prezentujemy formularz zgody (lub jej odmowy) na objęcie Waszej córki programem szczepienia przeciwko wirusowi HPV wywołującego raka szyjki macicy. Szczegółowe informacje otrzymają Państwo na stronie www.powiatzary.pl lub pod numerem telefonu (68) 479 06 25, (68) 47 57 603.

Zarząd Powiatu Żarskiego

Żary-wrzesień 2010

FORMULARZ ZGODY NA SZCZEPIENIE PRZECIWKO WIRUSOWI HPV

Imię i Nazwisko szczepionej

Rok urodzenia szczepionej.....

Imię i nazwisko Rodzica (Przedstawiciela Ustawowego).....

Miejsce **stałego zameldowania**

Telefon, e-mail.....

Nazwa praktyki lekarza POZ.....

Niniejszym oświadczam, że w dniu.....

zostałem/łam poinformowany/na przez.....

.....
o zasadach, sposobie prowadzenia i ewentualnych następstwach proponowanego zabiegu lub o celowości, działaniu i ewentualnych następstwach podanej szczepionki.

Oświadczam, iż jako Rodzic (Przedstawiciel Ustawowy) miałem/łam możliwość zadawania pytań organizatorowi szczepienia i otrzymałem/łam na nie odpowiedzi.

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku rezygnacji z przyczyn innych niż medyczne w trakcie przyjmowania przez moją córkę / podopieczną szczepionki, pokryję pełen koszt szczepienia.

► **Wyrażam zgodę na podanie szczepionki mojej córce.**

.....
data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)

► **Nie wyrażam zgody na szczepienie mojej córki
przeciwko wirusowi HPV wywołującemu raka szyjki macicy.**

.....
data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)

KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA

Czy po poprzednich szczepieniach u dziecka występowały działania niepożądane?

tak nie

Czy Pani/Pana córka była szczepiona przeciwko rakowi szyjki macicy wywoływanemu przez HPV ?

tak nie

Czy u Pani/Pana córki stwierdzono zaburzenia odporności, lub Pani/Pana córka zażywa leki obniżające odporność?

tak nie

Czy stwierdzono u Pani/Pana córki zaburzenia krzepnięcia krwi?

tak nie

.....
data i czytelny podpis rodzica (przedstawiciela ustawowego)

Wypełnia lekarz

Szczepionkę podano po szczegółowym wywiadzie lekarskim:

Nazwa

Nr serii

Nazwa

Nr serii

Nazwa

Nr serii

.....
Data i podpis lekarza