**Information och erbjudande om vaccination mot HPV**

Vaccination mot humant papillomvirus (HPV) för flickor infördes i det svenska barnvaccinationsprogrammet i 2010. Från och med augusti 2020 erbjuds HPV-vaccination till alla barn, i årskurs 5. HPV-infektion kan orsaka cellförändringar som på lång sikt kan leda till cancer i livmoderhals, svalg, könsorgan och ändtarmsöppning.

För fullgod effekt ges vaccinet två gånger med ett intervall av minst 6 månader. Om man påbörjar HPV-vaccination från 15 års ålder behövs tre doser av vaccinet.

På denna blankett kan du meddela om ditt barn ska vaccineras eller inte genom att kryssa en av rutorna nedan. Lämnas inte samtycke innebär det att ditt barn inte kan vaccineras.

Intyget omfattar alla doser. Inför vaccination ber vi dig också besvara frågorna i hälsodeklarationen nedan. Meddela om förutsättningarna ändras mellan doserna. Om du önskar mer information eller har ytterligare frågor, kontakta din skolsköterska.

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

***Vaccination mot HPV Återlämnas till skolsköterskan senast den***

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

***Barnets namn Personnummer Klass***

 Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras

 Nej, jag vill inte att mitt barn vaccineras

***Hälsodeklaration*** *(om du svarat Nej till vaccination behöver du inte svara)*

Har barnet

– en allvarlig allergi? .................................................................................... Ja Nej

– fått en allvarlig allergisk reaktion vid någon tidigare vaccination? ............. Ja Nej

– en allvarlig kronisk sjukdom? ..................................................................... Ja Nej

*Om du svarat ja, lämna kompletterande information på baksidan.*

***Underskrifter Ort: Datum:***

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

***Förälders/vårdnadshavares namnteckning Namnförtydligande Telefon dagtid***

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

***Förälders/vårdnadshavares namnteckning Namnförtydligande Telefon dagtid***

Undertecknas av båda vårdnadshavarna om vårdnaden är gemensam.

*Enligt lag (2012:453) om register över nationella vaccinationsprogram rapporteras alla vaccinationer inom barnvaccinationsprogrammet till det nationella vaccinationsregistret. Läs mer om vaccinationsregistret på* [*www.folkhalsomyndigheten.se*](http://www.folkhalsomyndigheten.se)

**Kompletterande information:**

……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………