



Kwalifikacja do szczepień ochronnych

Nazwisko i imię ucznia:.....

Klasa:.....

W dniu:.....

Planowane jest szczepienie dziewięciowaletnią szczepionką - przeciw wirusowi HPV (przeciwko określonym typom brodawczaka ludzkiego) – **GARDASIL 9**

Część A. wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ostatnich 12 miesiącach:
- chorowało* na: żółtaczkę zakaźną, gruźlicę, padaczkę, zapalenie mózgu, nerczycę.
 - Miało drgawki gorączkowe.

2. Czy dziecko w ostatnich 4 tygodniach chorowało na inne choroby*:
- **NIE/ TAK** - podać jakie:.....

Jakie otrzymywało leki:.....

3. Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach występowały: wysypka lub inne powikłania*
- **TAK/NIE**-podać jakie:.....
w którym roku życia

4. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ostatnich 2 tygodniach inne szczepionki, w tym również odczulające (przeciwalergiczne)*
- **TAK/NIE** - podać jakie:.....

Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka dziewięciowaletnią szczepionką przeciw wybranym typom HPV. Dwoma dawkami w zalecanym schemacie szczepienia: (0, 5 miesięcy).

.....

Data

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego

Część B. Kwalifikacja Lekarska (wypełnia lekarz)

- Stwierdzam, że*:
1. Ucznia można zaszczepić
 2. Szczepienie przeciwwskazane:.....

.....

Data

.....

podpis i pieczęć lekarza

*właściwe podkreślić

OŚWIADCZENIE

*Program polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV*

Dotyczy uczestnika/uczestniczki.....

Ja niżej podpisany(a).....oświadczam,
jestem zameldowany na pobyt stały/ na pobyt czasowy * w Gminie Kleszczów i odprowadzam podatek
dochodowy w wyznaczonym urzędzie skarbowym.

.....

Data i czytelny podpis

Rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

Zweryfikowano wiek uczestnika.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

.....

Data i czytelny podpis i pieczętka