



## Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu

Międzyrzecz, 09.05.2023r

### Informacja dla rodziców/opiekunów prawnych w związku z planowanymi szczepieniami przeciwko wirusowi HPV w gminie Międzyrzecz.

Informujemy, że zgodnie z realizacją Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego w Gminie Międzyrzecz w 2023 r, **dnia 6 czerwca 2023r o godz.15.00 we wtorek**, na terenie Szkoły Podstawowej nr 6 w Międzyrzeczu, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1, **odbędzie się spotkanie informacyjno-edukacyjne dla rodziców** dotyczące problematyki zakażeń HPV, przeprowadzone przez lekarza Katarzynę Antonowicz.

**Szczepienia dziewcząt I dawką z rocznika 2009** odbędą się tego samego **dnia 6 czerwca 2023r po spotkaniu**, w gabinecie pielęgniarskim również w Szkole Podstawowej nr 6 w Międzyrzeczu.

Formularze zgody rodzica/opiekuna prawnego na szczepienie, kwalifikacji do szczepienia oraz klauzula informacyjna RODO dostępne są w wersji elektronicznej.

#### UWAGA!

**Rejestracja dziewcząt z rocznika 2009 na szczepienie p/HPV odbywa się wyłącznie telefonicznie w godz. 8.00-14.00 pod nr telefonu:**

**piel.szczepiąca: 501-244-168.**

\*

Wypełnione i podpisane formularze należy przynieść ze sobą w dniu szczepienia.

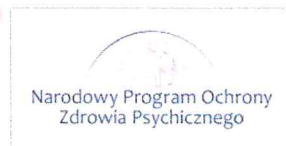
W razie pytań czy wątpliwości można kontaktować się w godz. 8.00-14.00 pod nr tel:

- piel.szczepiąca: Aneta Sznurowska **501-244-168**,

- Urząd Miejski w Międzyrzeczu: Maciej Kubowicz **95/742-69-68**.

Pielęgniarka ds. Promocji zdrowia  
Barbara Baranowicz

1001854P  
Barbara Baranowicz  
Specjalista ds. epidemiologii  
pielęgniarka ds. promocji zdrowia  
P. Baranowicz





[www.obrzyce.eu](http://www.obrzyce.eu)

66-300 Międzyrzecz, ul. Poznańska 109

tel. 095/7428700, fax. 095/7428701

e-mail: [sekretariat@obrzyce.eu](mailto:sekretariat@obrzyce.eu)

NIP: 596-15-22-446, REGON: 000290133

## KARTA KWALIFIKACJI DO SZCZEPNIENIA (wypełnia Przedstawiciel Ustawowy/Opiekun dziecka)

Imię i nazwisko dziecka.....

Pesel dziecka.....data urodzenia.....

Czy kiedykolwiek po szczepieniu u dziecka występowały działania niepożądane?

Jeżeli tak to jakie?

..... TAK / NIE\*

Czy dziecko było szczepione wcześniej przeciwko rakowi szyjki macicy? TAK / NIE

Czy u dziecka obecnie występuje choroba przebiegająca z gorączką? TAK / NIE

Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia odporności? TAK / NIE

Czy zażywa leki obniżające odporność? TAK / NIE

Czy dziecko ma stwierdzone zaburzenia krzepnięcia krwi? TAK / NIE

Czy dziecko jest w ciąży lub czy są podejrzenia że może być? TAK / NIE

Czy u dziecka występują schorzenia przewlekłe? Jeżeli tak to jakie? TAK / NIE

.....  
**(data i podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna dziecka)**

**Wypełnia personel :**

Uwagi lekarza.....

.....

.....

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

**Podano szczepionkę Gardasil 9:**

DAWKA ..... data podania.....

nr serii szczepionki.....

.....  
(pieczętka i podpis pielęgniarki)

\* niepotrzebne skreślić

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej na szczepienie**

**Ja, .....**

**zam. ....**

**wyrażam zgodę na objęcie programem szczepień przeciw wirusowi HPV mojego dziecka**

.....

**(imię i nazwisko dziecka)**

**Pesel dziecka**

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

**Dziecko uczęszcza do .....**

**(nazwa szkoły)**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka na potrzeby związane z realizacją i rozliczeniem Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Realizowanego przez Gminę Międzyrzecz.

.....

**(czytelny podpis rodzica/opiekuna)**

---