

ZDRAVSTVENI DOM LJUBLJANA
ZD LJUBLJANA - BEŽIGRAD
PODROČNA ENOTA ČRNUČE
Primožičeva ulica 2, Ljubljana-Črnuče
ZDRAVSTVENO VARSTVO ŠOLSkih OTROK IN MLADINE

Spoštovani starši!

Vaš otrok _____, roj. _____ bo dne 17. 9. 2018 opravil **sistematični pregled in cepljenje proti tetanusu***. Deklice imajo možnost cepljenja tudi **proti HPV*** (humani papiloma virus), v kolikor niso bile cepljene proti HPV v 6. ali 8. razredu OŠ ali 1. letniku SŠ.

Na pregled naj prinese:

1. izpolnjen vprašalnik
2. kartico zdravstvenega zavarovanja
3. knjižico o cepljenju
4. izpolnjeno Izjavo o izvedbi pojasnilne dolžnosti za cepljenje proti tetanusu
5. očala, v kolikor jih uporablja

Irena KRŽIŠNIK, dr. med
spec. šol. med.

Zdravnik šole: _____

Prosimo, izpolnite vprašalnik o zdravstvenem stanju vašega otroka. Odgovore obkrožite in ustrezno dopolnite nekaj dni pred pregledom.

Ali je vaš otrok trenutno zdrav?	DA	NE	
Ali je v zadnjih 3 tednih prebolel kakšno bolezen?	DA	NE	
Če je odgovor DA – katero bolezen, katera zdravila je prejemal in kdaj?	DA	NE	
Ali ima kakšno kronično bolezen? (astma, epilepsija, bolezen sečil, srca, kože, ...)	DA	NE	
Če je odgovor DA – katero bolezen in kako se zdravi?	DA	NE	
Ali jemlje kakšna zdravila?	DA	NE	
Če je odgovor DA – katera?	DA	NE	
Ali ima alergijo na hrano, zdravila ali kaj drugega?	DA	NE	
Če je odgovor DA – na kaj je alergičen?	DA	NE	
Ali je imel kdaj reakcijo po cepljenju?	DA	NE	
Če je odgovor DA – po katerem cepljenju in kakšno reakcijo?	DA	NE	

Spodaj podpisani/-a _____, zakoniti/-a zastopnik/-ca deklice (ime in priimek) _____, izjavljam glede HPV (prosimo, obkrožite):

Že bila cepljena

SOGLAŠAM s cepljenjem

NE SOGLAŠAM s cepljenjem

Nam želite še kaj sporočiti?

Datum izpolnjevanja vprašalnika: _____ Podpis staršev: _____

* Podrobnejše informacije o cepljenju najdete na spletni strani NIJZ:

<http://www.nijz.si/sl/najpogostejsa-vprasanja-in-odgovori-o-okuzbi-s-hpv-raku-maternicnega-vratu-in-cepljenju>