

ZDRAVSTVENI DOM LJUBLJANA BEŽIGRAD

Kržičeva 10

1000 Ljubljana

01/3003 - 367; narocanje.irena.krzisnik@zd-lj.si

**Spoštovani starši!**

Vaš otrok \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_ bo dne \_\_\_\_\_ 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

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-proti-hpv-1>

<http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/2081-8088.pdf>