

ZD ČRNUČE, PRIMOŽIČEVA 2  
ZVŠOM, Šarolta Starc, dr.med.  
narocanje.sarolta.starc@zd-lj.si  
01-3003-390

**Spoštovani starši!**

Vaš otrok \_\_\_\_\_, roj. \_\_\_\_\_ bo dne \_\_\_\_\_ opravil **sistematični pregled**. Deklice imajo možnost cepljenja tudi proti HPV\* (humani papiloma virus), v kolikor niso bile cepljene proti HPV v 6. ali 8. razredu OS.

Na pregled naj prinese:

1. izpolnjen vprašalnik
2. kartico zdravstvenega zavarovanja
3. knjižico o cepljenju
4. očala, v kolikor jih uporablja

Zdravnik šole: \_\_\_\_\_ Šarolta STARC, dr. med.  
spec. pediatrije

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 prejel 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? 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 (prosilmo, 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>  
[www.zd-lj.si](http://www.zd-lj.si)