

ZD BEŽIGRAD, ZVŠOM, DR.KRŽIŠNIK

KRŽIČEVA 10, 1000 LJUBLJANA

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

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 OŠ.

Na pregled naj prinese:

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

Zdravnik šole: _____ DR.KRŽIŠNIK

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 skrbnik/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?

Kontaktna št. starša / skrbnika: _____

Datum izpolnjevanja vprašalnika: _____ Podpis starša / skrbnika: _____

* Podrobnejše informacije o cepljenju najdete na spletni strani NIJZ:

<http://www.nijz.si/sl/najpogostejša-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>