

**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: \_\_\_\_\_

**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?			
<b>Če je odgovor DA</b> – katero bolezen, katera zdravila je prejemal in kdaj?	DA	NE	
Ali ima kakšno kronično bolezen? (astma, epilepsija, bolezen sečil, srca, kože, ...)	DA	NE	
<b>Če je odgovor DA</b> – katero bolezen in kako se zdravi?			
Ali jemlje kakšna zdravila?	DA	NE	
<b>Če je odgovor DA</b> – katera?			
Ali ima alergijo na hrano, zdravila ali kaj drugega?	DA	NE	
<b>Če je odgovor DA</b> – na kaj je alergičen?			
Ali je imel kdaj reakcijo po cepljenju?	DA	NE	
<b>Če je odgovor DA</b> – po katerem cepljenju in kakšno reakcijo?			

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_, zakoniti/a skrbnik/ca deklince (ime in priimek) \_\_\_\_\_, izjavljam glede HPV (**prosimo obkrožite**):

**Že bila cepljena**                       **SOGLAŠAM s cepljenjem**                       **NE SOGLAŠAM s cepljenjem**

Nam želite še kaj sporočiti? \_\_\_\_\_

Kontaktna telefonska številka 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>

<http://www.cepljenje.info>