

ZDL BEŽIGRAD

Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine

Kržičeva ulica 10, Ljubljana

narocanje.sarolta.starc@zd-lj.si

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?			
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?			
Ali jemlje kakšna zdravila?	DA	NE	
Če je odgovor DA – katera?			
Ali ima alergijo na hrano, zdravila ali kaj drugega?	DA	NE	
Če je odgovor DA – na kaj je alergičen?			
Ali je imel kdaj reakcijo po cepljenju?	DA	NE	
Če je odgovor DA – po katerem cepljenju in kakšno reakcijo?			

Spodaj podpisani/a _____, zakoniti/a skrbnik/ca dekllice (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>