Zdravstveni dom Ljubljana
Community Health Centre Ljubljana

ZD BEŽIGRAD; ZVŠOM

KRŽIČEVA 10, 1000 LJUBLJANA

01/3003-390; narocanje.sarolta.starc@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: Dr.Šarolta Starc

**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?<br>**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, ...)<br>**Če je odgovor DA** – katero bolezen in kako se zdravi? | **DA** | **NE** | |
| Ali jemlje kakšna zdravila?<br>**Če je odgovor DA** – katera? | **DA** | **NE** | |
| Ali ima alergijo na hrano, zdravila ali kaj drugega?<br>**Če je odgovor DA** – na kaj je alergičen? | **DA** | **NE** | |
| Ali je imel kdaj reakcijo po cepljenju?<br>**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?**

Kontaktna št. starša / skrbnika: _____

Datum izpolnjevanja vprašalnika: _____ Podpis starša / skrbnika: _____

*** 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**