

## Erbjudande om vaccination mot HPV för flickor födda 1993 och 1994

Den 1 januari 2010 infördes vaccination mot HPV i det svenska vaccinationsprogrammet. På grund av problem med den nationella upphandlingen så kommer vaccineringen igång först nu.

HPV är en förkortning för humant papillomvirus - ett virus som bland annat kan orsaka cellförändringar på livmoderhalsen och på lång sikt kan leda till livmoderhalscancer. Vaccin mot HPV skyddar mot ca 70 procent av all livmoderhalscancer.

Nu erbjuder Norrbottens läns landsting erbjuda vaccination för flickor födda 1993 och 1994. För fullgod effekt ges vaccinet tre gånger med några månaders mellanrum. Vaccinationen är frivillig.

Om du är under 18 år måste minst en av dina föräldrar (eller annan vårdnadshavare) skriva under det här intyget. Intyget gäller för alla tre doserna. Om din vårdnadshavare inte lämnar samtycke innebär det att du som är under 18 år inte kan vaccineras.

Om du inte ska vaccinera dig eller redan har gjort det, behöver du inte göra någonting.

### Hälsodeklaration

Inför vaccination ber vi dig eller din vårdnadshavare att besvara frågorna i hälsodeklarationen på baksidan. Meddela om förutsättningarna ändras mellan sprutorna. Om ni har ytterligare frågor eller känner tveksamhet, kontakta er vårdcentral eller läs mer på landstingets webbsida: [www.nll.se/hpv](http://www.nll.se/hpv)

### Utvärdering av vaccinationsprogrammet

Uppgifterna om HPV-vaccination sparas i journalsystem. Sekretess gäller för uppgifterna enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Om du eller din vårdnadshavare samtycker kan uppgifterna användas för att utvärdera HPV-vaccinationsprogrammet. Vid utvärderingen används jämförelse med hälsodataregister och virusanalys på i vården sparade prover.

### Hur gör man?

Du eller din målsman kontaktar din vårdcentral och bokar tid. Det är bra att boka tid för andra sprutan vid första besöket. För information om vårdcentralerna, se [www.nll.se/varcentraler](http://www.nll.se/varcentraler)

### Uppgifter om dig som ska vaccineras (fylls i av dig eller din vårdnadshavare)

---

Namn

Personnummer

### Godkännande (fylls i av dig eller din vårdnadshavare)

- Jag (vi) samtycker till att (mitt barn) vaccineras och till deltagande i utvärdering av vaccinationsprogrammet.
- Jag (vi) samtycker till att (mitt barn) vaccineras, men inte till deltagande i utvärdering av vaccinationsprogrammet.

**Underskrifter** (om barnet är under 18 år) Ort, datum: \_\_\_\_\_

---

Förälders/Vårdnadshavares underskrift

Namnförtydligande

Telefon

---

Förälders/Vårdnadshavares underskrift

Namnförtydligande

Telefon

