**Szanowni Państwo !**

Miło jest nam poinformować, że Wójt Gminy Szaflary wraz z Radą Gminy Szaflary w 2015 roku podjęli decyzję o wdrożeniu wieloletniego programu profilaktyki zakażeń wirusem HPV pn. *„Program zdrowotny w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Szaflary na lata 2015-2017”*, finansując z budżetu Gminy szczepienia profilaktyczne przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

Rok 2017 jest kolejnym rokiem, w którym Gmina Szaflary finansuje ze swojego budżetu zakup szczepionek przeznaczonych dla dziewczynek zamieszkałych na terenie Gminy Szaflary.

Zgodnie z uchwalonym programem zdrowotnym w 2017 roku mogą być zaszczepione dziewczynki urodzone w 2004 roku.

Poprzez przyjęcie i chęć realizacji wieloletniego programu zdrowotnego mają Państwo **możliwość podjęcia decyzji** **objęcia bezpłatnym szczepieniem swojej Córki.**

Wirus HPV odpowiada za różne przednowotworowe i nowotworowe zmiany na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. **W Polsce zapada na ten typ nowotworu ponad 3 600 kobiet rocznie, z czego umiera, co roku około 2 000** – jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie. Wiele krajów europejskich zdecydowało już o finansowaniu szczepień przeciw HPV ze środków publicznych. Również w Polsce, niektóre samorządy, aktywnie działające na rzecz profilaktyki zdrowotnej, postanowiły z własnego budżetu sfinansować te szczepienia.



***SERDECZNIE ZAPRASZAMY***

***RODZICÓW DZIEWCZYNEK I CHŁOPCÓW***

***NA INDYWIDUALNE SPOTKANIA EDUKACYJNO – INFORMACYJNE Z LEKARZEM PEDIATRĄ I LEKARZEM GINEKOLOGIEM,***

***które odbędą 13 września 2017 r. (środa) w godz. od 14:30 do 16:00***

***Spotkania będą odbywały się indywidualnie.***

***Na spotkanie serdecznie zapraszamy do budynku Samodzielnego Publicznego Gminnego Ośrodka Zdrowia w Szaflarach ( gabinet pediatry, gabinet ginekologa ).***

Temat szczepień przeciw wirusowi HPV był wielokrotnie analizowany i omawiany na Komisjach i Sesjach Rady Gminy Szaflary, aby przekazana dla Państwa informacja ws. szczepień stanowiła pełny obraz omawianego problemu.

Dodatkowo w związku z pojawiającymi się licznymi opiniami (zarówno pozytywnymi jaki i negatywnymi) na temat wykonywania szczepień wśród dziewczynek postanowiliśmy zorganizować dla Państwa indywidualne spotkania edukacyjno -informacyjne. Swoją wiedzą i poradą będą mogli się z Państwem podzielić pracujący w Ośrodku Zdrowia w Szaflarach lekarz pediatra, lekarz ginekolog.

Do Państwa dyspozycji będzie także dostępny pracownik merytoryczny Urzędu Gminy Szaflary, który zajmuję się realizacją uchwalonego programu zdrowotnego.

W trakcie spotkania będzie można uzyskać:

1) informacje na temat profilaktyki zakażeń wirusemHPV (zakażenie dotyczy zarówno dziewczynek jak i chłopców),

2) informacje dotyczące samej szczepionki

3) dodatkowe informacje na temat ewentualnych działań niepożądanych po jej zastosowaniu, zagrożeń związanych z wirusem HPV, skuteczności i bezpieczeństwa szczepień.

4) informacje dotyczące przebiegu i realizacji programu zdrowotnego w Gminie Szaflary.

Szczepienia odbywać się będą w Samodzielnym Publicznym Ośrodku Zdrowia w Szaflarach przy ul. Orkana 37c przez wykwalifikowanych pracowników Ośrodka Zdrowia, zgodnie z ustalonym przez Ośrodek harmonogramem szczepień.

Program obejmuje wszystkie dziewczynki zamieszkałe na terenie naszej Gminy.

Dla osób, które nie są zadeklarowane do naszego Ośrodka Zdrowia istnieje możliwość otrzymywania pełnych profesjonalnych świadczeń zdrowotnych po uprzednim wypełnieniu deklaracji przystąpienia do Samodzielnego Publicznego Gminnego Ośrodka Zdrowia w Szaflarach.

Intensywny rozwój medycyny daje ogromne możliwości nie tylko diagnozowania i leczenia wielu chorób, ale także zapobiegania zachorowaniu. Podstawowym warunkiem, który decyduje o legalności działań o charakterze profilaktycznym czy diagnostyczno-terapeutycznym, jest zgoda i świadomość pacjenta lub innego uprawnionego podmiotu czyli rodzica w przypadku szczepień dziewczynek przeciw wirusowi HPV.

Szczepienia są dobrowolne, ale do zaszczepienia Państwa Córki niezbędna jest **ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH.**

Po dokładnym przeanalizowaniu tematu i podjęciu ostatecznej decyzji, prosimy o wypełnienie poniżej zamieszczonego Formularza zgody na bezpłatne szczepienie p/HPV w ramach: „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Szaflary na lata 2015-2017”**,** który otrzymali Państwo z tym listem i przekazanie go bezpośrednio do Urzędu Gminy Szaflary pok. nr 17 lub na Dziennik Podawczy Urzędu Gminy Szaflary.

Wypełnione formularze prosimy dostarczyć w nieprzekraczalnym terminie do dnia **20 września 2017 r.**

**

***Zapraszamy do udziału !***

*Załącznik nr 1 do „ Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Szaflary na lata 2015-2017”*

**FORMULARZ ZGODY NA BEZPŁATNE SZCZEPIENIA p/HPV
 w ramach: „Programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Szaflary na lata 2015-2017”**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………...................................

Data urodzenia dziecka ……………………….……………………………………..........................

Imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko matki........................................................ .tel:...................................................

Imię i nazwisko ojca.......................................................... .tel:...................................................

Adres zamieszkania dziecka: ....................................................................................................

………………………………………………………………………..

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb wykonania szczepienia HPV, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)*

* Wyrażam zgodę na podanie mojej córce 3 dawek szczepionki p/HPV
* Nie wyrażam zgody na podanie szczepionki mojej córce.

**.......................................................................**

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego