

Til elevar og føresette

Tid for vaksinasjon for førebygging av livmorhalskreft (HPV-vaksine)

Som ein del av barnevaksinasjonsprogrammet blir jenter i 7. trinn tilbydde vaksine mot humant papillomavirus (HPV). HPV smittar svært lett ved seksuell kontakt, og dei fleste blir smitta i løpet av livet. Langvarig infeksjon med HPV kan føre til forstadium til livmorhalskreft og livmorhalskreft.

Om vaksinen

HPV-vaksinen gir vern mot HPV-type 16 og 18. Når vaksinen blir gitt til jenter som ikkje er smitta med HPV, gir han meir enn 90 prosent vern mot utvikling av alvorlege forstadium til livmorhalskreft. Vaksinen blir sett i overarmen og blir gitt i to dosar med minst seks månaders intervall. Vaksinen som blir brukt, heiter Cervarix. Han består av protein og liknar på delar av overflata på HPV 16 og 18.

Legemiddelstyresmaktene har godkjend vaksinen basert på ei grundig vurdering av effekt og biverknader. Som med alle andre legemiddel var HPV-vaksinen godkjend både hos internasjonale og nasjonale legemiddelstyresmakter før han blei teken i bruk. Dei vanlegaste biverknadene av HPV-vaksinen er hevelse og raud hud på stikkstaden. Det er òg rapportert om kortvarig feber, hovudverk, trøyttheit, kvalme, oppkast, diaré og magesmerter. Meir informasjon om eventuelle biverknader av Cervarix finn du på nettsidene til Statens legemiddelverk: www.legemiddelsok.no

All vaksinasjon i barnevaksinasjonsprogrammet er frivillig. Jentene har rett til å få tilpassa informasjon om vaksinen, og foreldra skal leggje vekt på meininga deira. Les meir om vaksinen i brosjyren Om HPV-vaksinen i barnevaksinasjonsprogrammet, gitt ut av Folkehelseinstituttet, eller på denne nettsida: www.fhi.no/sv/vaksine/barnevaksinasjonsprogrammet/

Hugs å informere helsesøster

Gi beskjed dersom dottera dykkar har allergi eller andre helseproblem.

Vaksinasjon med første dose HPV-vaksine er planlagt:

Dato: _____ Kl: _____ Stad: _____

Helsesøster: _____ Telefonnummer: _____

Andre dose blir vanlegvis gitt minst seks månader etter den første dosen. Helsesøster vil gi nærmare beskjed om når den andre dosen skal takast.

Riv her

Eg/vi ønskjer at dottera mi/vår: skal få HPV-vaksine
 ikkje skal få HPV-vaksine

Namnet på eleven : _____ Fødselsdato: _____ Klasse: _____

Føresettes underskrift: _____ Telefonnummer: _____

Informasjon til helsesøster: