WÓJT GMINY NIEPORĘT

Gmina Nieporęt kontynuuje realizację „Gminnego programu promocji i poprawy zdrowia na lata 2010 – 2014" w 2013 r., ***obejmującego bezpłatne szczepienia ochronne przeciw rakowi szyjki macicy dziewcząt z rocznika 2001 tj. w wieku 12 lat, zameldowanych w gminie Nieporęt.***
Całkowity koszt realizacji szczepień sfinansowany zostanie z budżetu Gminy Nieporęt.

Miejscem realizacji Programu jest Gminny Ośrodek Zdrowia w Nieporęcie, ul. Podleśna 4, 05-126 Nieporęt, Poradnia Ginekologiczno- Położnicza.

Informacje dotyczące programu zostały udostępnione na stronie internetowej Urzędu Gminy Nieporęt (www. nieporet.pl), w BIP SP ZOZ w Nieporęcie (www. spzoz.nieporet.pl- w zakładce programy profilaktyczne).
Informacje zostaną przekazane do dyrekcji szkół gminnych oraz wywieszone na tablicy ogłoszeń w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Nieporęcie.

Założenia:

1. Bezpłatne szczepienia ochronne przeciw rakowi szyjki macicy dziewcząt z rocznika 2001 tj. w wieku 12 lat zameldowanych w gminie Nieporęt - szczepienie będzie dobrowolne, po wyrażeniu pisemnej deklaracji uczestnictwa w Programie rodzica/ opiekuna (prawnego opiekuna) dziecka objętego Programem.
Szczepienie obejmuje podanie 3 dawek szczepionki uodporniającej na wirusa HPV (wirusem brodawczaka ludzkiego)- nazwa szczepionki CERVARIX.

2. Przyjęty harmonogram działań:

1) Od 2 kwietnia 2013 r. do 15 kwietnia 2013 r. zbieranie pisemnych Deklaracji uczestnictwa w Programie szczepień ochronnych przeciw rakowi szyjki macicy (dostępnej w rejestracji Gminnego Ośrodka Zdrowia w Nieporęcie oraz na stronie BIP SP ZOZ w Nieporęcie) stanowiącej zgłoszenie do Programu, zgodę rodzica/ opiekuna (opiekuna prawnego) na wykonanie szczepienia oraz na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych przy realizacji Programu.
Deklaracje muszą być złożone w rejestracji Gminnego Ośrodka Zdrowia w Nieporęcie najpóźniej do 15.04 2013 r.

2) Przeprowadzenie szczepienia: szczepionka podawana będzie 3- krotnie w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Nieporęcie po uprzednim umówieniu terminu szczepienia z położną środowiskową. Przyjęty harmonogram szczepień, począwszy **od 3 kwietnia 2013r.**, będzie zgodny z zaleceniami producenta szczepionki, tj. - szczepionkę CERVARIX podaje się osobom w wieku 10 lat lub starszym, w trzech dawkach, przy czym odstęp czasu pomiędzy pierwszą i drugą dawką wynosi jeden miesiąc, a odstęp czasu pomiędzy drugą i trzecią dawką wynosi pięć miesięcy.
Szczepionkę podaje się jako wstrzyknięcie domięśniowe w górną część ramienia.

Celem szczepień jest wyeliminowanie zachorowań zależnych od infekcji HPV (wirusa brodawczaka ludzkiego), a celem nadrzędnym jest pierwotna profilaktyka raka szyjki macicy. Szczepienie rekomendowane jest przez wiele światowych i polskich organizacji medycznych.
Mając na względzie poprawę zdrowia naszych mieszkańców zapraszam do korzystania z bezpłatnych szczepień ochronnych.

Wójt Gminy Nieporęt

Sławomir Maciej Mazur

Urząd Gminy Nieporęt, Pl. Wolności 1, 05-126 Nieporęt
tel. (0-22) 767 04 00, fax (0-22) 767 04 41
http://www.nieporet.pl e-mail: urzad@nieporet.pl

Deklaracja uczestnictwa

w „Gminnym programie promocji i poprawy zdrowia na lata 2010 - 2014" obejmującego bezpłatne szczepienia ochronne przeciw rakowi szyjki macicy dziewcząt z rocznika 2001 tj. w wieku 12 lat, zameldowanych w gminie Nieporęt

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego dziecka

.....

Imię i nazwisko dziecka -.....
Pesel dziecka:.....
Adres zameldowania dziecka:.....

Adres zamieszkania dziecka, jeżeli miejsce zameldowania dziecka jest inne niż miejsce zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Oświadczam, ze zostałem poinformowany o założeniach i sposobie przeprowadzenia Gminnego programu promocji i poprawy zdrowia na lata 2010 - 2014 obejmującego bezpłatne szczepienia ochronne przeciw rakowi szyjki macicy dziewcząt z rocznika 2001 tj. w wieku 12 lat, zameldowanych w gminie Nieporęt. Potwierdzam zgodność danych moich i mojego dziecka oraz fakt, zameldowania dziecka na terenie gminy Nieporęt.

Wyrażam zgodę, na uczestnictwo dziecka w w/w Programie, wypełnienie każdorazowo Kwestionariusza wywiadu przesiewowego przed szczepieniem dzieci i młodzieży" niezbędnego do kwalifikacji lekarskiej do szczepienia w dniu szczepienia i wykonanie szczepienia tj. podanie zgodnie z przyjętym harmonogramem działań 3 dawek szczepionki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka w celu monitorowania Programu i rozliczenia z podmiotem koordynującym realizację Programu.

Data, miejsce .....

Podpis rodzica/ opiekuna prawnego dziecka .....