



**Karta oceny skuteczności / Zgoda na wykonanie szczepienia**  
**„Programu profilaktyki zakażeń HPV w Gminie Kobylnica na lata 2023-2025”**

I. Dane rodzica/opiekuna prawnego .....

**II. Dane uczestnika**

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		..... / ..... / .....
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

**III. Zgoda na wykonanie szczepienia**

Zostałem poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, powikłaniach, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia.

Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam/zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojej córki.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia mojej córki przeciw HPV.

.....  
*data i podpis rodzica/opiekuna*

**IV. Potwierdzenie wykonania szczepienia**

Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Data i godzina wykonania szczepienia	Podpis osoby wykonującej szczepienie

**V. Niepożądane odczyny poszczepienne**

Rodzaj odczynu	Data wystąpienia

\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL