

## **Informovaný souhlas zákonného zástupce:**

Souhlasím s očkováním mé dcery:

Jméno a příjmení.....rodné číslo.....

Očkovací látkou *Silgard - Cervarix*

Byl(a) jsem srozumitelně seznámena s tím, že účinek obou vakcín na prevenci vzniku nádoru na děložním hrdle je cca 80%. V případě, že je vakcíny jsou podány v době, kdy dívka již žije sexuálně, je účinnost cca 40%. Měla jsem možnost volby mezi oběma vakcínami a byla jsem informována o tom, že vakcína Silgard obsahuje krom účinku na prevenci nádoru děložního hrdla i složku, která by měla zabránit vzniku genitálních bradavic. Po očkování je potřeba docházet na obvyklé preventivní prohlídky do gynekologické ambulance 1x ročně. Měla jsem možnost klást doplňující otázky.

Podpis matky.....číslo .op.....

Podpis otce..... číslo.op.....

Podpis zák.zástupce..... číslo.op.....

V .....dne .....

~~Nehodící se škrtněte nebo zakroužkujte, co platí~~