**Lugupeetud lapsevanem!**

Soovin Teie nõusolekut Teie lapse (ees- ja perekonnanimi, isikukood)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vaktsineerimiseks inimese **papilloomiviiruse** vastu.

Üldinfo info **HPV** ja selle vastu vaktsineerimise kohta on leitav <https://www.vaktsineerimine.ee/hpv-hpv-viirus>

Lapsele tehakse üks süst õlavarre piirkonda. Vaktsineerimisjärgseteks kõrvalnähtudeks võivad olla punetus, valulikkus ja turse süstimiskohas. Harvem võib esineda palavik, pea- ja lihasevalu, halb enesetunne ning väga harva ka nõgestõve lööve. Ülalmainitud nähud kaovad tavaliselt kahe-kolme päeva jooksul.

Küsimuste korral helistage E-R 08.00 – 16.00 tel. 5226488 või kirjutage: [eneli.kaugerand@tnpk.ee](mailto:eneli.kaugerand@tnpk.ee)

Kooliõde Eneli Kaugerand, N10989

Lapsevanem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ees- ja perekonnanimi)

Olen nõus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(kuupäev, allkiri)

Ei ole nõus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kuupäev, allkiri)