

UCHWAŁA Nr XLII /306 / 2010

Rady Gminy

z dnia 26 lutego 2010 r.

w sprawie przyjęcia Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV na lata 2010 - 2013

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity - Dz.U. z 2001r. Nr 142 poz. 1591; zmiany: Dz.U. z 2002r. Nr 23, poz. 220; Nr 62, poz. 558; Nr 113, poz. 984; Nr 214, poz. 1806; Nr 80, poz. 717; Nr 153, poz. 1271; z 2003r. Dz.U. Nr 80, poz. 7127, Dz.U. Nr 162, poz. 1568; z 2004 r. Nr 102, poz. 1055; Nr 116, poz. 1203; Nr 167, poz. 1759; z 2005 roku Nr 172, poz. 1441; Nr 175, poz. 1457; z 2006 r. Nr 17, poz. 128; Nr 146, poz. 1055; Nr 181, poz. 1337; z 2007 r. Nr 48, poz. 327; Nr 138, poz. 974; Nr 173, poz. 1218; z 2008 r. Nr 180, poz. 1111; Nr 243, poz. 1458)

oraz art. 7 ust.1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027),

Rada Gminy Dobrzeń Wielki uchwala, co następuje:

§ 1.

Wyraża się zgodę na przyjęcie wieloletniego *Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV na lata 2010 – 2013*, przekraczający rok budżetowy, stanowiącego załącznik Nr 1 do uchwały, oraz zaangażowanie na ten cel środków finansowych, w wysokości:

1. w roku 2010 - 186.900 zł (słownie złotych: sto osiemdziesiąt sześć tysięcy dziewięćset)
2. w roku 2011 - 64.100 zł (słownie złotych: sześćdziesiąt cztery tysiące sto)
3. w roku 2012 - 64.100 zł (słownie złotych: sześćdziesiąt cztery tysiące sto)
4. w roku 2013 - 74.800 zł (słownie złotych: siedemdziesiąt cztery tysiące osiemset).

§ 2.

Zobowiązania określone w § 1 zostaną pokryte z budżetu gminy Dobrzeń Wielki

§ 3.

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy.

§ 4.

1. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.
2. Uchwała podlega podaniu do publicznej wiadomości poprzez opublikowanie jej treści w Biuletynie Informacji Publicznej.

Gminny Program profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV typ 16,18,6,11 na lata 2010 - 2013

1. WSTĘP

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z istotniejszych zadań gminy wynikających art. 7 ust. 1. pkt 5 z ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tj. z 2001 r. Dz. U. Nr 142 poz.1591 z późn. zm.).

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców - art. 7 ust. 1 pkt 1

i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

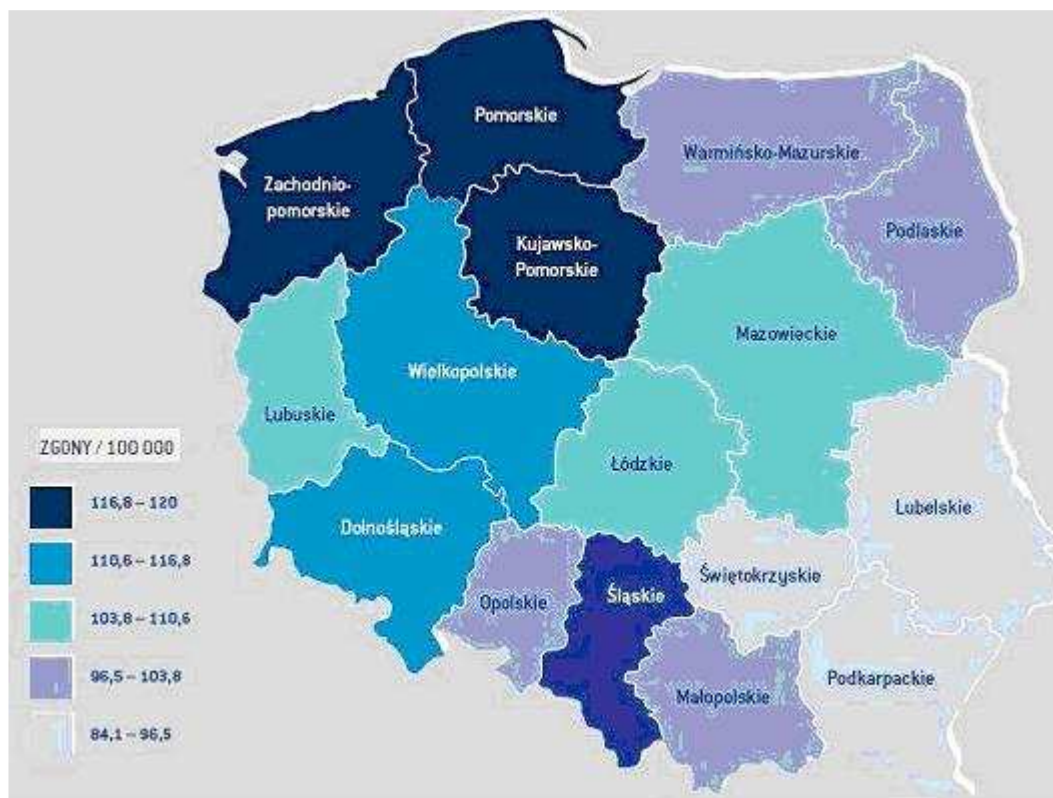
Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym możliwe jest poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki, a także poprzez podejmowanie wszelkich działań i środków zmierzających do wykrycia we wczesnych stadiach nowotworów, dających szansę na szybkie wyleczenie. Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej.

2. UZASADNIENIE CELOWOŚCI WDROŻENIA PROGRAMU

Ogólna charakterystyka

W Polsce ponad 3.600 kobiet zapada co roku na raka szyjki macicy, a połowa z nich umiera.

Pod względem zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby Polska zajmuje czołowe miejsce wśród krajów Unii Europejskiej. Zaobserwowano również różnice regionalne w zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Pokrywają się one z umieralnością z powodu nowotworów złośliwych u kobiet zgodnie z ryciną nr 1.



Źródło: Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatoński W., Nowotwory złośliwe w Polsce w roku 2004. Warszawa 2006.

Rak szyjki macicy w skali całego świata jest drugim, co do częstości rakiem, który dotyka kobiety i drugą, co do częstości przyczyną ich zgonów z powodu chorób nowotworowych. Globalnie, co roku notuje się ok. 500 000 nowych zachorowań, a około 300 000 kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1,4 miliona. W Polsce zapada na ten typ nowotworu ponad 3600 kobiet rocznie, z czego niemal 2000 umiera. Jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie (9,4 / 100 000 kobiet). Warto tu zauważyć, że o ile wskaźnik zachorowalności na raka szyjki macicy w Polsce nie różni się od odnotowanego w innych krajach Europy, o tyle odsetek kobiet przeżywiający 5 lat po rozpoznaniu tego nowotworu należy do najniższych w Europie i nie przekracza 50% .

Psychofizyczne konsekwencje raka szyjki macicy

W Polsce nie prowadzono systematycznych badań analizujących doświadczenia życiowe kobiet dotkniętych tą właśnie chorobą. Dostępne są jedynie dane o charakterze epidemiologicznym, które wskazują, że niemal 1/3 zgonów dotknęła kobiety w wieku 15 – 49 lat, a więc kobiety młode, u progu lub w pełni aktywnego życia i karier zawodowych. Choroba nowotworowa powoduje ból oraz lęk wynikły z zagrożenia życia, dodatkowo podsycany negatywnymi wyobrażeniami i społecznymi „metaforami” raka. Rak jest przede wszystkim „zabójcą” . Pierwsze objawy choroby, a nawet dalsze, wskazujące już na znaczny jej rozwój, mogą być przez kobietę ignorowane. Dopiero nasilenie się objawów (ból, dyskomfort fizyczny) powoduje niepokój, do którego po otrzymaniu diagnozy niejednokrotnie dołącza lęk i depresja. Źródłem wtórnych cierpień jest także leczenie (chirurgia, radioterapia, chemia), a także stresujące pobyty w szpitalach i obawy o los najbliższych, szczególnie dzieci pozbawionych opieki. Indywidualna reakcja na chorobę może się oczywiście różnić zależy od szeregu czynników, takich jak styl życia kobiety, prognoza co do dalszego rozwoju choroby, powodowane nią zaburzenia w strukturze rodziny, wiedza o raku i możliwościach jego leczenia, dotychczasowe doświadczenia kontaktów z medycyną i wielu innych. Zawsze jednak stanowi źródło cierpień fizycznych i negatywnych emocji. Zakażenie wirusem HPV może wywierać także bardziej bezpośredni wpływ na przykład na przebieg ciąży. Liczne badania kliniczne i doświadczalne wskazują, że zakażenie genitalnymi typami HPV, w tym typami HPV 6/11 (odpowiedzialnymi za kłykciny), może prowadzić do spontanicznych poronień we wczesnej fazie ciąży. Badania te stwierdziły obecność DNA wirusów HPV w próbkach pobranych aż z 70% płodów po poronieniu samoistnym. Wykazano także, że kobiety z historią zakażeń HPV mają ok. 3 razy większe ryzyko utraty ciąży, a także znaleziono HPV 18 w 50% preparatów nabłonika kosmówkowego złośliwego. W ostatnich latach odkryto też, że wirusy HPV 16 i HPV 31 mogą replikować na nowo w łożyskowych trofoblastach.

HPV jako czynnik wywołujący raka szyjki macicy

Rozpoznanym czynnikiem sprawczym raka szyjki macicy są onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV). Zakażenia genitalnymi typami tych wirusów wywołują różnego typu zmiany przednowotworowe i nowotworowe na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. Wirus przenoszony jest drogą płciową. Ryzyko zakażenia genitalnymi typami HPV w ciągu całego życia u osób aktywnych seksualnie wynosi około 50%, a zakażenia te, są najczęstsze u młodych kobiet. Spośród ponad 100 typów wirusa HPV około 40 zakaża preferencyjnie błony śluzowe narządów płciowych. Największy związek z rakiem szyjki macicy wykazuje HPV 16 oraz HPV 18, które są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków tego raka i większość przypadków śródnabłonkowych zmian przednowotworowych. Ścisły związek między zakażeniem HPV (zwłaszcza HPV 16) a ryzykiem rozwoju raka szyjki macicy został potwierdzony także w kontrolowanych badaniach retrospektywnych. Zmiany niskiego stopnia na szyjce macicy i w innych okolicach ciała: sromie, prąciu, odbycie są wywoływane nie tylko przez typy onkogenne HPV, ale w części przypadków mogą być związane z zakażeniem wirusami o niskim potencjale onkogenym, głównie HPV 6 i HPV 11. Ponadto wirusy HPV 6 i HPV 11 są odpowiedzialne za ponad 90% przypadków brodawek płciowych i brodawek w okolicy odbytu oraz dużej części zmian brodawczakowatych w jamie ustnej. Prawdopodobny model rozwoju raka szyjki macicy przedstawia się następująco:

- infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym,
- u około 80% kobiet zwalczą infekcję i nie występują u nich jakiegokolwiek objawy i zmiany na szyjce macicy,
- u 20% kobiet ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą i w ciągu 2-4 lat rozwijają się zmiany typu CIN,
- u 15% kobiet następuje samowyleczenie infekcji HPV wraz z regresją zmian CIN,
- u 3 - 5% nie leczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy.

Diagnostyka i leczenie

Leczenie chorych z rakiem szyjki macicy wymaga bardzo starannej diagnostyki zarówno histopatologicznej, jak i radiologicznej oraz dużego doświadczenia zespołu leczącego. Jedynie prawidłowo zaplanowane i właściwie oraz terminowo przeprowadzone leczenie daje szansę na dobry ostateczny wynik terapii. Objawy kliniczne raka szyjki macicy pojawiają się dość późno i wiele kobiet we wczesnych stadiach choroby nie zgłasza dolegliwości. Zazwyczaj jako pierwszy sygnał nieprawidłowości pojawia się krwawienie niezwiązane z miesiączką, mogą także występować krwawienia po stosunku. W następnym okresie dołączają się upławy i bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej lub pośladków. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby występuje obrzęk kończyny dolnej. Częstym sygnałem do podjęcia kroków diagnostycznych jest nieprawidłowy wynik cytologii pobranej z szyjki macicy, ale dopiero wynik badania histopatologicznego materiału pobranego z tarczy części pochwowej (wskazane wykonanie biopsji pod kontrolą kolposkopu) lub wyskrobin z kanału szyjki upoważnia do rozpoznania choroby nowotworowej. Wynik histopatologiczny określa typ nowotworu, istotny do właściwego doboru metody leczenia, jednak ostateczne zakwalifikowanie do rodzaju terapii jest możliwe po określeniu. Wybór metody terapii jest zatem wypadkową kilku istotnych czynników, tj. stopnia zaawansowania choroby, typu histologicznego nowotworu, wieku chorej, jej indywidualnych preferencji oraz możliwości i doświadczenia ośrodka podejmującego się leczenia raka szyjki macicy. Należy jednak podkreślić, że niezależnie od zastosowanych, skomplikowanych i kosztownych procedur, leczenie pozostawia trwałe, okaleczające ślady zarówno w ciele oraz jego funkcjach, jak i w psychice kobiety. Opóźniona w Polsce diagnostyka raka szyjki macicy u kobiet, wysokie koszty leczenia, problematyczne- przynajmniej w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jego efekty, ale przede wszystkim przedwczesne zgony wielu kobiet stanowią istotną przesłankę do intensyfikacji działań profilaktycznych ograniczających występowanie i skutki choroby.

3. CELE GŁÓWNE I POŚREDNIE PROGRAMU

A. Cele główne:

- Zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy w gminie Dobrzeń Wielki.
- Ukształtowanie właściwych nawyków higienicznych u 12 i 13 letnich dziewcząt.

B. Cele pośrednie:

- Podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej młodych dziewcząt i ich rodziców, między innymi poprzez stałą współpracę z Wojewódzkim Ośrodkiem Koordynującym Program Profilarki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Opolu
- Wypromowanie zdrowego trybu życia wśród młodzieży szkolnej.

Profilaktyka

Profilaktyka raka szyjki macicy sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę (profilaktyka pierwotna), oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów (profilaktyka wtórna). Przez wiele lat, w zakresie zdrowia publicznego, w stosunku do raka szyjki macicy dominowały działania drugiego typu. Profilaktyka polegała na realizacji indywidualnych badań cytologicznych i programów badań przesiewowych, wspieranych okazjonalnymi działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej. Nowy etap walki z rakiem szyjki macicy na świecie rozpoczął się wraz z wprowadzeniem szczepionki przeciw HPV (dostępnej w Europie od 2006 roku), rozpoznany, jako niezbędny czynnik warunkujący rozwój choroby. Powszechniejszą w krajach europejskich i w USA metodą profilaktyki raka szyjki macicy są powszechne szczepienia przeciw wirusowi HPV, które – według prowadzonych badań w zaszczepionej populacji eliminują w znacznym stopniu ryzyko zachorowania. Dotychczas 10 krajów europejskich wydało już oficjalne rekomendacje dotyczące szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego. Są to: Niemcy, Włochy, Francja, Norwegia, Wielka Brytania, Belgia,

Szwajcaria, Austria, Szwecja i Luksemburg. Doświadczenia krajów zachodnich, a szczególnie skandynawskich, pokazują wyraźnie, że roli profilaktyki w zapobieganiu rakowi szyjki macicy nie można przecenić. Choroba ma poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne, a jej leczenie pociąga za sobą znaczne koszty. Badania przesiewowe oraz działania profilaktyczne, obejmujące szczepienia przeciwko HPV, mogą nie tylko ograniczyć ryzyko występowania raka szyjki macicy, ale przyczynić się istotnie do zmniejszenia następstw psychospołecznych i ekonomicznych tej choroby.

Programy edukacyjne propagujące zdrowy styl życia mają na celu zapobieganie chorobie co w efekcie zmniejszy koszty ponoszone na leczenie. Ważną sprawą jest aby edukacją objąć zarówno młode dziewczęta jak i ich opiekunów. Jest to niezbędne przy kształtowaniu właściwych nawyków higienicznych w każdym domu.

Przed wprowadzeniem akcji szczepień dostarczone zostaną materiały informacyjne dla dziewcząt i ich opiekunów. Zaplanowano również prelekcje z położną dla dziewcząt oraz spotkania informacyjne dla rodziców / opiekunów, prowadzone przez lekarzy ginekologów.

Szczepienia ochronne

Szczepienia zaplanowano poprzez podanie szczepionki czterowalentnej - przeciw czterem najczęściej występującym typom wirusa brodawczaka ludzkiego, w tym dwóm z grupy onkogennej (HPV 16 i HPV 18) oraz dwóm typom tzw. niskiego ryzyka (HPV 6 i HPV 11). Wskazana szczepionka została zarejestrowana we wrześniu 2006 roku w Unii Europejskiej do stosowania u dzieci w wieku 9–15 lat oraz u kobiet w wieku 16–26 lat. Wcześniej, bo już w czerwcu 2006 roku, szczepionka została zarejestrowana w USA. Obecnie jest zarejestrowana w ponad 80 krajach.

Skuteczność szczepienia oceniana jest na:

- 75% w przypadku zapobiegania rakowi płaskonabłonkowemu (carcinoma planoepitheliale cervicis uteri) – najczęstszemu typowi histologicznemu raka szyjki (ok. 85% przypadków),
- 96% w przypadku zapobiegania gruczolakorakowi (adenocarcinoma cervicis uteri), który stanowi ok. 10% przypadków i choć rozwija się wolniej niż rak płaskonabłonkowy, to wyniki leczenia są zwykle nieco gorsze.

Biorąc pod uwagę, że najwyższe ryzyko zakażenia tym wirusem występuje w ciągu pierwszych 5 lat od momentu inicjacji seksualnej, najlepszą grupą do szczepienia powinny być dzieci i młodzież przed rozpoczęciem aktywności seksualnej (dziewczęta 10 -16 – letnie). Rozważając aktualne możliwości realizacji szczepień przeciw HPV w Polsce, trzeba wskazać na konieczność sfinansowania szczepionki, która nie została na razie włączona do obowiązkowej części Programu Szczepień Ochronnych, pokrywanych przez budżet państwa. Koszt zakupu szczepionki czterowalentnej obecnie kształtuje się ok. 1.400 złotych (cena całkowitego zaszczepienia - trzy dawki). Wprowadzanie masowych szczepień prowadzi niewątpliwie do wyraźnego zmniejszenia występowania przednowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy, czego naturalnym następstwem staje się obniżenie wartości pozytywnej predykcji badań cytologicznych. Efekt szczepień dziewcząt będzie widoczny po kilku lub kilkunastu latach, gdy skринingowe badania cytologiczne zaczną obejmować kobiety zaszczepione przeciw HPV.

Program profilaktyki raka szyjki macicy na terenie gminy Dobrzeń Wielki, będzie obejmował wskazane roczniki dziewcząt zamieszkałe na terenie gminy, jak również dziewczęta uczące się w szkołach na terenie gminy Dobrzeń Wielki.

4. UCZESTNICY PROGRAMU

Udział w Programie szczepień jest dobrowolny. W celu objęcia szczepieniem dziewcząt wymagane jest złożenie imiennych deklaracji przez rodzica, bądź prawnego opiekuna (wzór deklaracji stanowi załącznik Nr 1 do Programu).

Poniższe tabele przedstawiają szacunkowe uczestnictwo w Programie w poszczególnych latach.

TABELA Nr 1.

Szczepienia dziewcząt w roku 2010 – roczniki objęte szczepieniem 1996 i 1997

| Szkoła / Rocznik | Dziewczęta urodzone w 1996 r. | Dziewczęta urodzone w 1997 r. | Razem |
|---------------------------------|--|--|--------------|
| PSP z OS w Dobrzaniu Wielkim | ----- | 26 | 26 |
| ZS w Dobrzaniu Wielkim | 38 | ----- | 38 |
| ZS w Chróścicach | 16 | 16 | 32 |
| ZS w Czarnowasach | 23 | 19 | 42 |
| ZS w Kup | 22 | 10 | 32 |
| Razem | 99 | 71 | 170 |

TABELA Nr 2.

Szczepienia dziewcząt w roku 2011 – rocznik objęty szczepieniem 1998

| Szkoła / Rocznik | Dziewczęta urodzone w 1998 r. |
|---------------------------------|--|
| PSP z OS w Dobrzaniu Wielkim | 28 |
| ZS w Chróścicach | 5 |
| ZS w Czarnowasach | 18 |
| ZS w Kup | 7 |
| Razem | 58 |

TABELA Nr 3.

Szczepienia dziewcząt w roku 2012 – rocznik objęty szczepieniem 1999

| Szkoła / Rocznik | Dziewczęta urodzone w 1999 r. |
|------------------------------|--------------------------------------|
| PSP z OS w Dobrzaniu Wielkim | 29 |
| ZS w Chróścicach | 8 |
| ZS w Czarnowasach | 16 |
| ZS w Kup | 5 |
| Razem | 58 |

TABELA Nr 4.

Szczepienia dziewcząt w roku 2013 – rocznik objęty szczepieniem 2000

| Szkoła / Rocznik | Dziewczęta urodzone w 2000 r. |
|---------------------------------|--|
| PSP z OS w Dobrzaniu Wielkim | 28 |
| ZS w Chróścicach | 7 |
| ZS w Czarnowasach | 21 |
| ZS w Kup | 11 |
| Razem | 67 |

Ilość dziewcząt kwalifikujących się do Programu opracowano na podstawie danych zgromadzonych w SIO (Systemie Informacji Oświatowej) na dzień 30 września 2009r.

Dopuszcza się wahania ilości planowanych szczepień +/- 20%. Czynnikiem wpływającym na zmiany ilościowe mogą być ruchy migracyjne, a także nauka dziewcząt (mieszkanek gminy) w podanych rocznikach, w szkołach poza terenem gminy.

5. HARMONOGRAM REALIZACJI PROGRAMU

- 1) Przeprowadzenie zajęć edukacyjno-informacyjnych w szkołach dla objętych programem uczennic. Zapoznanie dziewcząt z podstawowymi zasadami przeciwdziałania zakażeniu HPV - **luty / marzec**
- 2) Przedstawienie dziewczętom oraz rodzicom / opiekunom, informacji o szczepieniu profilaktycznym przeciwko wirusowi HPV - **luty / marzec**
- 3) Złożenie imiennej zgody rodzica / opiekuna na objęcie dziewcząt programem bezpłatnych szczepień w placówce służby zdrowia, która będzie realizatorem programu na terenie danej miejscowości - **marzec**
- 4) Opracowanie dokumentacji ewidencjonowania dokonanych szczepień - **marzec**
- 5) Wybór dostawcy szczepionki czterowalentnej przeciwko wirusowi HPV typ 16,18,6,11, w drodze przetargu otwartego wyboru najkorzystniejszej oferty, ogłoszonego na podstawie Ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2007 r. nr 223, poz. 1655 ze zmianami) oraz art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) – **luty / marzec**
- 6) Nawiązanie umów z realizatorami szczepień w miejscowościach: Dobrzeń Wielki, Czarnowąsy, Chróścice i Kup - **marzec**
- 7) Wykonanie badań wstępnych oraz zaszczepienie dziewcząt:
 - I dawka – **marzec / kwiecień**
 - II dawka - **maj / czerwiec**
 - III dawka - **wrzesień / październik**
- 8) Złożenie stosownej dokumentacji przez placówki prowadzące szczepienia - **listopad**
- 9) Monitorowanie przeprowadzonej akcji szczepień – **listopad / grudzień**

6. WSKAŹNIKI DO MONITOROWANIA PROGRAMU

Podczas oceny zasadności realizacji Programu uwzględnione będą wskaźniki:

1. Liczba dziewcząt uczestniczących w Programie.
2. Liczba dziewcząt objętych szczepieniami.
3. Stopień osiągnięcia sukcesu, określony procentowo – liczba zadeklarowanych dziewcząt / liczba zaszczepionych dziewcząt.
4. Opinie odbiorców bezpośrednich (dziewcząt) oraz pośrednich (rodziców) o Programie.

Ocena skuteczności realizacji Programu będzie możliwa po kilkunastu, bądź też dopiero po kilkadziesiąciu latach obserwując zmiany, jakie zaszły w osobach, na które oddziaływano poprzez realizację Programu. W chwili obecnej można przyjąć jedynie założenie hipotetyczne: stan zdrowia kobiet na terenie gminy Dobrzeń Wielki ulegnie znacznej poprawie, jeżeli chodzi o zachorowalność na raka szyjki macicy, ze względu na podjęte działania profilaktyczne – szczepienia przeciw wirusowi HPV.

7. CZAS TRWANIA PROGRAMU

Program będzie realizowany w latach 2010 – 2013

Punkty 1., 2., 3. niniejszego programu zostały opracowane w oparciu o raport z sesji naukowej zorganizowanej przez szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia” w dniu 9 października 2007 r. w Warszawie pod redakcją naukową prof. dr. Hab. Antonina Ostrowskiego i dr. Mariusza Gujskiego oraz Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Rak Szyjki macicy. Wybierz życie” zorganizowanej przez Sekcję ginekologii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej w dniach 21 - 22 września 2007 r. w Gdańsku pod redakcją Dariusza Wydry i Janusza Emericha.

Szanowni Rodzice!

Przyczyną raka szyjki macicy jest bardzo powszechny wirus brodawczaka ludzkiego – HPV. Dzisiejsza medycyna daje możliwość zabezpieczenia się przed ryzykiem choroby. W statystykach zachorowalności na raka szyjki macicy Polska zajmuje drugie miejsce w Europie. Aby zminimalizować ryzyko choroby, ginekolodzy zalecają między innymi zaszczepienie się przed onkogennymi typami wirusa HPV. Rutynowe stosowanie szczepionki przeciwko HPV jest rekomendowane dla dziewczynek w wieku od 12 do 15 roku życia (przed rozpoczęciem aktywności seksualnej). Większość krajów Unii Europejskiej zdecydowało się na powszechne szczepienie dziewczynek. W Polsce szczepienie przeciwko HPV jest w kalendarzu szczepień zalecanych. Oznacza to, że choć przyznaje się, że warto się zaszczepić, to na razie nie ma na to funduszy (koszt zaszczepienia jednej dziewczynki to kwota około 1400 zł - trzy dawki). W 2008 roku kilka polskich miast, gmin i powiatów zdecydowało się sfinalizować szczepienia wśród kilkunastoletnich dziewczynek z własnych środków budżetowych. W roku 2009 również gmina Dobrzeń Wielki dołączyła do samorządów podejmujących to działanie w ramach własnych środków budżetowych szczepiąc prawie 300 dziewcząt. Poprzez przyjęcie wieloletniego *Gminnego Programu profilaktyki raka szyjki macicy – szczepienia HPV typ 16,18,6,11 - na lata 2010 – 2013*, również Państwo macie szansę podjęcia decyzji objęcia bezpłatnym szczepieniem swojej córki. Przed podjęciem decyzji, proszę o zapoznanie się z Programem oraz ulotką opisującą proponowany lek w postaci szczepionki (materiały dostępne na stronie internetowej bip Dobrzeń Wielki) oraz udział w proponowanych spotkaniach informacyjnych z lekarzami w szkołach. Po dokładnym przeanalizowaniu tematu i podjęciu ostatecznej decyzji, proszę o wypełnienie poniżej zamieszczonej deklaracji i złożenie jej do dnia w szkole, do której dziecko uczęszcza.

.....
(miejscowość, data)

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego osoby nieletniej
na szczepienie**

Ja,

zam.

wyrażam zgodę na objęcie Programem szczepień przeciw wirusowi HPV

(trzy dawki) mojego dziecka

(imię nazwisko dziecka)

PESEL

Córka uczęszcza do

(nazwa szkoły)

W przypadku odstąpienia od kontynuacji Programu szczepień, po podaniu I dawki, zobowiązuję się do pokrycia poniesionych kosztów, pochodzących ze środków publicznych.

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

