

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Ai Genitori di

Prot. n°
del

Oggetto: Vaccinazione anti-papilloma virus.

ROMA

E' noto che un virus molto comune, il papilloma virus umano, può provocare lesioni che se non individuate e trattate, possono condurre all'insorgenza del tumore del collo dell'utero, una malattia che ancora oggi in Italia colpisce ogni anno migliaia di donne. Fortunatamente questo cancro è altamente prevenibile effettuando un Pap-test ogni tre anni dai 25 ai 64 anni al fine di individuare il tumore in fase precoce.

Oggi, abbiamo uno strumento in più per prevenire questa malattia. Esiste un vaccino preventivo, sicuro ed efficace solo per le donne di età inferiore ai 26 anni, rivolto contro i principali tipi di papilloma virus che causano il tumore. Il vaccino non contiene virus intero e non può quindi in nessun caso causare infezione o malattia.

Il pap-test comunque costituirà una forma di protezione indispensabile dopo il compimento del venticinquesimo anno di età anche per le donne vaccinate.

Il vaccino va somministrato in tre dosi, la seconda a 2 mesi dalla prima, la terza a 4 mesi dalla seconda per iniezione intramuscolare alla spalla. Solo raramente può dare qualche effetto collaterale consistente in un leggero rossore nel punto di iniezione e qualche linea di febbre di breve durata.

Il vaccino è efficace solo nelle donne che non abbiano ancora avuto contratto con il virus, dunque la probabilità che una donna ne abbia beneficio diminuisce drasticamente dopo l'inizio dell'attività sessuale.

La Regione mette a disposizione gratuitamente il vaccino per tutte le ragazze al dodicesimo anno di età e cioè, nel corso del 2011, per le bambine nate tra il primo gennaio ed il 31 dicembre 2000.

E' un'importante opportunità per proteggere Vostra figlia dal tumore del collo dell'utero.

L'appuntamento per la somministrazione della prima dose è fissato per il giorno _____

alle ore _____, presso _

Per spostare l'appuntamento può telefonare al numero-----dal lunedì al venerdì

dalle _____ alle ore _____

PORTARE IL TESSERINO DI VACCINAZIONE

F.to
Il Direttore f.f.
Dipartimento Materno Infantile

TIMBRO E FIRMA RESPONSABILE PRESIDIO