

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO D'IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Prot. N. _____

Del ____/____/____

Al sig. _____

Via _____

Cap _____ Città _____

INVITO ALLA VACCINAZIONE

Oggetto: Vaccinazione anti-papillomavirus umano

Ai GENITORI di _____

Il tumore del collo dell'utero è una malattia che ancora oggi in Italia colpisce ogni anno migliaia di donne. Questo tumore è stato il primo cancro ad essere riconosciuto dall'OMS come totalmente riconducibile ad una infezione virale. L'HPV è, appunto, il virus umano responsabile dell'infezione. E' un'infezione molto frequente, infatti, si calcola che il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita. L'infezione è priva di sintomi, e le donne che ne sono affette non sanno di averla; il più delle volte scompare spontaneamente, ma altre volte evolve sino a produrre delle lesioni che possono trasformarsi nel cancro della cervice. Oggi esiste un vaccino preventivo, sicuro ed efficace, rivolto contro la maggior parte dei tipi di papillomavirus che causano il tumore. Il vaccino non contiene virus intero e non può quindi in nessun caso causare infezione o malattia. Il vaccino va somministrato in tre dosi nell'arco di sei mesi per iniezione intramuscolare nella parte alte del braccio.

La Regione Marche mette a disposizione gratuitamente il vaccino per vaccinare tutte le ragazze all'undicesimo anno di età.

È un'importante opportunità per proteggere vostra figlia dal rischio delle malattie da papillomavirus, per difenderla dal tumore del collo dell'utero.

L'appuntamento per la somministrazione della prima dose è fissato per il giorno _____ alle ore _____, presso l'ambulatorio di vaccinazioni sito in via _____ del Comune di _____ chiedere di _____

Per spostare l'appuntamento può telefonare al numero _____ dal lunedì al venerdì, dalle ore _____, alle ore _____.

_____, _____ li, _____

Firma del medico
vaccinatore

PORTARE IL TESSERINO DI VACCINAZIONE