

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
SERVIZIO D'IGIENE E SANITÀ PUBBLICAProt. N. _____
Del ____/____/____

Al sig. _____

Via _____

Cap _____ Città _____

LETTERA DI SOLLECITO

Oggetto: Vaccinazione anti-papillomavirus umano - secondo invito.

AI GENITORI di _____

Non avendo ricevuto risposta al primo invito per la vaccinazione anti-papillomavirus, vi ricordiamo i motivi per i quali è importante vaccinare vostra figlia.

La Regione mette a disposizione gratuitamente il vaccino anti-papillomavirus per vaccinare tutte le ragazze, come vostra figlia, all'undicesimo anno di età.

Il vaccino è efficace contro il tumore del collo dell'utero, una malattia che ancora oggi in Italia colpisce quasi 3500 donne, causando circa 1500 morti. Lo stesso virus causa anche delle lesioni iniziali che precedono il cancro vero e proprio; quando queste lesioni iniziali vengono scoperte con il pap-test, le donne devono sottoporsi ad esami di approfondimento e in alcuni casi ad interventi chirurgici. Il vaccino va somministrato in 3 dosi nell'arco di sei mesi con iniezione intramuscolare nella parte alta del braccio.

Il vaccino è fatto di particelle che assomigliano al virus, ma NON sono il virus, quindi non hanno nessuna possibilità di causare infezione o malattia. Sono già state somministrate nel mondo milioni di dosi.

Il programma di vaccinazione gratuita per le ragazze di 11 anni di età, offerto dalla Regione, è un'importante opportunità per proteggere vostra figlia dal rischio delle malattie da papillomavirus e per difenderla dal tumore del collo dell'utero.

L'appuntamento per la somministrazione della prima dose è fissato per il giorno _____ alle _____, presso _____ chiedere _____

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

Prima di prendere la decisione di rifiutare questa occasione parlatene con il vostro medico. Nel caso in cui prendiate la decisione di non vaccinare vostra figlia, Vi preghiamo comunque di recarvi presso il centro di vaccinazione per compilare un documento che attesti il vostro dissenso alla vaccinazione.

_____ Data _____

Il Medico Vaccinatore

PORTARE IL TESSERINO DI VACCINAZIONE