



CIJEPLJENJE STUDNENATA PROTIV HPV-a

Poštovani studenti,
od 27. svibnja 2020. godine nastavljamo cijepljenje protiv humanog
papiloma virusa (HPV)

Molimo studente da se radi dogovora termina jave na mail skolska.osijek5@gmail.com.

U mail-u molimo navedite Vaše ime i prezime, koji ste fakultet i koja ste godina studija, te kada ste primili prethodnu dozu cjepiva.

S obzirom na epidemiološku situaciju način rada morali smo prilagoditi uputama HZJZ.

- Podsjećamo, cijepljenju mogu pristupiti isključivo oni koji ne pokazuju znakove akutne respiratorne bolesti, a koja se može očitovati sljedećim simptomima: povišena tjelesna temperatura, kašalj, poteškoće u disanju, poremećaj osjeta njuha i okusa i sl.
- Ukoliko vam je poznato da ste bili u kontaktu s nekim od zaraženih sa korona virusom molili bih vas da nam to kažete.
- Na cijepljenje se dolazi **pojedinačno**. Molimo Vas izbjegavajte grupne dolaske.
- **Dom zdravlja je zaključan, pa kada dođete nazovite nas (031-225-753) kako bismo došli po vas i pustili vas unutra.** Molimo vas poštujte **točno** zakazani termin. Na ulazu u ustanovu mjerit ćemo vam temperaturu i dezinficirati ruke. Potrebno je ispuniti i ponijeti izjavu (u nastavku) da niste prema svom saznanju bili u riziku od zaraze korona virusom.

Lijep pozdrav!

S poštovanjem.

prim.dr.sc. Vesna Bilić-Kirin, dr. med.

Ružica Lovrić, bacc.med.techn.



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO OSJEČKO BARANJSKE
ŽUPANIJE
SLUŽBA ZA ŠKOLSKU MEDICINU

**Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom
(za dijete ispunjava roditelj)**

IME I
PREZIME _____

1. Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature

da ne

2. Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19

da ne

3. Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije

da ne

4. Razlog dolaska _____

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum _____

Potpis _____