



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

### **¿Qué es el cáncer?**

Es una enfermedad donde las células que componen un órgano se desorganizan, se vuelven malignas y en ocasiones forman tumores. El cáncer puede atacar cualquier órgano o parte del cuerpo, por ejemplo, el útero o matriz en la mujer.

La parte inferior del útero se denomina cuello uterino y permite la comunicación hacia el interior del útero y la salida del sangrado durante el periodo menstrual; el cuello uterino también puede afectarse por el cáncer, conocido como cáncer de cuello uterino o de cérvix.

### **¿Por qué se produce el cáncer de cuello uterino?**

Las causas son múltiples, algunas de ellas son desconocidas, pero hoy en día se sabe que existen algunos tipos de virus – Virus del Papiloma Humano (VPH) -, que son causa de este cáncer.

Se han identificado más de 100 tipos del virus del VPH; la mayoría son inofensivos, sin embargo, algunos pueden producir lesiones como las verrugas genitales o condilomas y 14 de estos tipos de virus se han relacionado con lesiones precancerosas o cáncer de cuello uterino y son los tipos que se llaman de alto riesgo.

### **¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino ?**

**Cerca del 70% de los casos se previenen con una aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano**, la cual protege contra dos de los tipos de VPH de alto riesgo.

La vacuna que distribuye gratuitamente el Ministerio de Salud y Protección Social protege contra los serotipos 6 y 11 que se asocian con presencia de verrugas (lesiones benignas) y contra los serotipos 16 y 18 (lesiones cancerígenas).

### **¿Cuáles son los efectos secundarios de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?**

**Son raros los problemas serios causados por esta vacuna.**

Por lo menos una de cada diez personas que recibe la vacuna tiene algunos efectos que pueden durar hasta un día, como dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de aplicación de la inyección, dolor de cabeza, dolor muscular y cansancio.

Hay algunos efectos secundarios menos comunes como, fiebre, malestar, diarrea y dolores musculares.

Raramente las personas las personas pueden desarrollar urticaria o reacciones alérgicas severas como con cualquier otro medicamento. No se ha encontrado que la presencia de enfermedades graves sea más frecuente en las poblaciones vacunadas que en las no vacunadas, es decir no se ha asociado con el desarrollo de algún tipo de enfermedad.

De manera ocasional, esta y otras vacunas que se aplican en adolescentes pueden producir desmayo, por lo que se recomienda que la niña se vacune sentada y permanezca durante por lo menos 15 minutos después de la vacunación.

### **¿Es segura la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?**

**Si, se trata de una vacuna muy segura.**

Esta vacuna ha sido el producto de largas y rigurosas investigaciones científicas que hoy en día garantizan la eficacia contra la infección por el Virus del Papiloma Humano y, por ende contra el Cáncer de Cuello Uterino.

### **¿Cuáles con las contraindicaciones para la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?**



Hipersensibilidad a las sustancias activas o a cualquiera de los excipientes de la vacuna, es decir que las personas que desarrollen síntomas que indiquen una reacción alérgica después de recibir una dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, no deben recibir una siguiente dosis.

**¿Para qué personas está disponible esta vacuna?**

Para todas las niñas y mujeres de 9 a 18 años, dos dosis, que se administran la primera dosis en la fecha elegida y la segunda dosis mínimo cinco meses después de la administración de la primera dosis. Se administrará **vía intramuscular**.

Teniendo en cuenta lo anterior **MANIFIESTO Y DECLARO** que estoy satisfecha/o con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la vacuna; y en tales condiciones **CONSIENTO que se administre la VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (GARDASIL) - la cual consta de dos dosis, con un intervalo de aplicación mínimo de 5 meses entre la primera y segunda dosis-**, a la niña/adolescente cuya información aparece a continuación.

**1. DATOS NIÑA/ADOLESCENTE**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N° documento: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo o celular: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**2. DATOS REPRESENTANTE O FAMILIAR**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N° documento: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo o celular: \_\_\_\_\_

Se firma en (ciudad): \_\_\_\_\_ el (día/mes/año): \_\_\_\_\_

***SOLO en caso de NO aceptar*** la aplicación de la vacuna diligenciar este recuadro:

***DISENTIMIENTO (desacuerdo, rechazo, desaprobación)***

Yo, \_\_\_\_\_ en calidad de representante o familiar de la niña/adolescente cuya información aparece en este documento (numeral 1), ***DISIENTO*** el consentimiento y la información prestada y no deseo proseguir con la vacunación propuesta, la misma que doy en esta fecha por finalizada.

Firma de representante o familiar: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_ N° documento: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo o celular: \_\_\_\_\_

Para constancia se firma en (ciudad): \_\_\_\_\_ el (día/mes/año): \_\_\_\_\_

***Firma personal de vacunación:*** \_\_\_\_\_