

Programma di screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina

Alla Sig.ra _____

Indirizzo _____

Codice prenotazione _____

Oggetto: Invito al programma di prevenzione del Papillomavirus (HPV) per le donne tra i 25 e i 29 anni di età

Gentile Signora,

la invitiamo a partecipare al programma di prevenzione e diagnosi precoce delle infezioni causate dal Papillomavirus umano (HPV). Si tratta di infezioni molto frequenti, che la maggior parte delle donne contrae almeno una volta nella vita. In genere, non causano alcuna alterazione e si risolvono da sole. In una minoranza di casi, tuttavia, provocano delle lesioni a livello del collo dell'utero che spesso guariscono spontaneamente ma alcune, se non curate, progrediscono lentamente verso forme tumorali.

Il tumore della cervice uterina è una delle forme tumorali maggiormente prevenibili ed efficacemente trattabili grazie alla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce e alle terapie disponibili. Sfida della sanità pubblica, pertanto, è quella di garantire che ogni donna sopra i 25 anni sia sottoposta a screening e trattata in caso di lesioni precancerose.

Il Servizio Sanitario della sua Regione offre la possibilità di effettuare gratuitamente presso l'ASL di appartenenza il Pap-Test, ogni tre anni, a tutte le donne di età compresa fra i 25 e i 29 anni. Per questo motivo le è stato riservato un appuntamento presso la struttura sanitaria:

Nome Presidio _____

Indirizzo **Città** _____

il giorno/.../.... alle ore _____

Di seguito alcune utili informazioni:

- Dovrà presentarsi presso la struttura sanitaria rispettando la data e l'orario di appuntamento, munita del presente invito, di un documento d'identità e della tessera sanitaria. Non è necessaria la prescrizione del medico di famiglia.
- Non potrà sottoporsi all'esame in presenza del ciclo mestruale.
- Non dovrà utilizzare ovuli, lavande e creme vaginali nei 3 giorni precedenti il prelievo.
- Dovrà astenersi da rapporti sessuali per almeno 2 giorni prima dell'esame.
- Potrà effettuare il test anche se è in gravidanza.

La informiamo, inoltre, che la sua Regione offre la **vaccinazione contro il Papillomavirus umano (HPV)** quale efficace intervento di prevenzione a tutte le donne di età superiore ai 25 anni. La invitiamo, quindi, a recarsi presso uno degli ambulatori vaccinali della ASL di appartenenza per accedere a questo importante strumento di prevenzione.

Inserire qui le raccomandazioni in merito alle strategie di prevenzione primaria della tua ASL/Struttura

Nella brochure allegata potrà trovare maggiori informazioni sia sull'infezione da HPV sia sulla sua prevenzione primaria e secondaria. Per ulteriori informazioni la invitiamo a rivolgersi al suo medico di famiglia e/o ginecologo oppure a consultare il sito della Regione e/o della ASL all'indirizzo_____.

Fiduciosi della sua attiva partecipazione al programma di prevenzione del Papillomavirus, le inviamo cordiali saluti.

In caso di indisponibilità per l'appuntamento e/o per eventuali comunicazioni o informazioni, telefonare al numero INSERIRE NUM. dalle HH:HH alle HH:HH o scrivere una email a _____

Il centro vaccinazioni di INSERIRE INDIRIZZO è aperto al pubblico dal GIORNO al GIORNO, dalle HH:HH alle HH:HH, con accesso PER APPUNTAMENTO al num. _____ e/o alle email _____

FIRMA