

Formulário de Autorização de 2009 da Vacina contra Gripe H1N1 - Dose Injetável da Vacina ou Vacina em Spray Nasal

Seção 1: Informações sobre a criança para receber a vacina (favor preencher em letra de forma)

NOME DO ALUNO (Sobrenome)		(Nome)	(Iniciais do Meio)	DATA DE NASCIMENTO DO ALUNO / /	
NOME DO PAI/MÃE/REPRESENTANTE LEGAL (Sobrenome)		(Nome)	(Iniciais do Meio)	IDADE DO ALUNO	SEXO DO ALUNO M / F
ENDEREÇO			NÚMERO DE TELEFONE DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL DURANTE O DIA:		
CIDADE	ESTADO	CEP			
NOME DA ESCOLA			SÉRIE		

Seção 2: Triagem para elegibilidade para a vacina

Se seu filho já foi imunizado com a vacina contra a gripe H1N1 de 2009, informe o número de doses e as datas de vacinação.

- Dose 1 Data da administração: mês _____ dia _____ ano _____ Forma (favor fazer um círculo): spray nasal injeção
- Dose 2 Data da administração: mês _____ dia _____ ano _____ Forma (favor fazer um círculo): spray nasal injeção

As perguntas a seguir nos ajudarão a saber se seu filho pode tomar a vacina contra a gripe H1N1 de 2009. Favor assinalar SIM ou NÃO para cada pergunta.

A. Se responder “SIM” a uma ou mais das quatro perguntas a seguir, seu filho não poderá receber a vacina contra a gripe H1N1 de 2009 na escola, a menos que exista algum atestado do médico do seu filho aprovando a vacinação. Se responder “NÃO” às perguntas a seguir, seu filho receberá a vacina, a menos que surja algum problema após a triagem adicional. Se estiver em dúvida quanto às respostas, verifique com o médico do seu filho.

	SIM	NÃO
1. Seu filho tem forte alergia a ovo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu filho tem forte alergia à gentamicina, neomicina, polimixina ou gelatina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seu filho já teve alguma reação grave a uma dose anterior da vacina contra gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seu filho já teve Síndrome de Guillain-Barré (um tipo de fraqueza muscular grave e temporária) em um período de 6 semanas após receber a vacina contra a gripe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Existem dois tipos de vacina contra a gripe H1N1 de 2009. Suas respostas às perguntas a seguir nos ajudarão a determinar se seu filho pode receber a vacina em spray nasal.

	SIM	NÃO
1. Seu filho recebeu alguma outra vacina (não apenas contra gripe) nos últimos 30 dias? Vacina: _____ Data da administração: mês _____ dia _____ ano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu filho apresenta alguma das seguintes doenças: asma, diabetes (ou outro tipo de doença metabólica) ou doença dos pulmões, coração, rins, fígado, nervos ou sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se seu filho tiver entre 2 e 4 anos, algum médico já lhe disse que seu filho apresentou chiado ou asma nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seu filho está sob tratamento de longo prazo com aspirina ou medicamento que contenha aspirina (por exemplo, seu filho toma aspirina todos os dias)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seu filho tem um sistema imunológico debilitado (por exemplo, por causa de HIV, câncer ou medicamentos como esteróides ou medicamentos usados para tratamento de câncer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sua filha está grávida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu filho tem contato direto com alguma pessoa que precise de cuidados em um ambiente protegido (por exemplo, alguém que recentemente tenha feito um transplante de medula óssea)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liste outras alergias graves: _____

Seção 3: Autorização

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO DE FILHO:

Li, ou me explicaram, a Declaração de 2009-2010 com as Informações sobre a Vacina Contra a Gripe H1N1 e compreendo os riscos e benefícios associados.

AUTORIZO meu filho cujo nome consta na parte superior deste formulário a tomar esta vacina. Crianças menores de 10 anos precisam de 2 doses da vacina. (Se esta autorização não for assinada, datada e devolvida, meu filho não será vacinado.)

Assinatura do Pai/Mãe/Representante Legal

Data: mês _____ dia _____ ano _____

NÃO AUTORIZO meu filho cujo nome consta na parte superior deste formulário a tomar esta vacina.

Assinatura do Pai/Mãe/Representante Legal

Data: mês _____ dia _____ ano _____

LEMBRE-SE DE LER E ASSINAR O VERSO DESTES FORMULÁRIO

Seção 4: Permissão para compartilhar informações:

Eu, _____, autorizo o indivíduo e/ou entidade que administrou a vacina
(Seu nome em letra de forma)
contra a gripe H1N1 de 2009 no meu filho _____ a compartilhar
(Nome completo do filho em letra de forma)
cópias deste formulário de autorização e do registro de vacinação com a escola e o médico do meu filho,
descritos a seguir, e também com o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts e o serviço local de
saúde na minha comunidade. Também autorizo cada uma dessas entidades a compartilhar o formulário de
autorização e o registro de vacinação H1N1 de 2009 entre si.

Médico do meu filho:

Escola do meu filho:

Nome: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Endereço: _____

(incluir, pelo menos, Cidade)

- Essas informações de saúde são divulgadas a meu pedido e para garantir que meu filho seja adequadamente vacinado.
- Esta autorização é válida até o término do ano letivo de 2009-2010.
- Se a pessoa ou entidade que receber estas informações não for um profissional de saúde ou plano de saúde regido por regulamentos federais de privacidade, as informações podem não mais ser protegidas por regulamentos federais de privacidade. Regulamentos estaduais de privacidade abrangem as informações recebidas pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts e pelos serviços locais de saúde.
- Entendo que posso me recusar a assinar esta autorização e que a minha recusa em assiná-la não impedirá meu filho de receber a vacinação.
- Entendo que posso inspecionar ou copiar as informações protegidas de saúde a serem divulgadas mediante esta autorização de compartilhamento.
- Finalmente, entendo que posso cancelar esta permissão por escrito a qualquer momento, enviando uma notificação por escrito a:

(Escola/instituição/indivíduos que recebem cancelamentos DEVEM inserir nome e endereço)

Contudo, se eu cancelar a autorização em uma data futura, qualquer formulário de autorização de vacina e registro de vacina já compartilhados não serão afetados pelo cancelamento.

Nome em letra de forma do Pai/Mãe ou Representante

Assinatura do Pai/Mãe ou Representante

Endereço

Data