

VACINAÇÃO ESCOLAR CONTRA A GRIPE SAZONAL 2010-2011 FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

NOME DA ESCOLA			CLASSE (GRADE)			
SECÇÃO 1: INFORMAÇÃO SOBRE A CRIANÇA (USE LETRA DE IMPRENSA)						
Nome do aluno (Apelido)		(Nome próprio)	(Iniciais seg. nome)	Data de nascimento do aluno Mês _____ Dia _____ Ano _____		
Nome (Apelido) do Pai/Mãe/Tutor		(Nome próprio)	(Iniciais seg. nome)	Idade do aluno	Sexo do aluno Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
Morada			No. de telefone durante o dia do Pai/Mãe/Tutor:			
Cidade	Estado	Código Postal (Zip)	Nome do Profissional de Cuidados de Saúde Primário da Criança			
SECÇÃO 2: INFORMAÇÃO SOBRE O SEGURO DE SAÚDE						
Indique nome do seguro de saúde da sua criança (ou indique se a criança não tem seguro). <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Federal Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Grupo da United Healthcare <input type="checkbox"/> Rite Care			<input type="checkbox"/> Neighborhood Health Plan <input type="checkbox"/> Tufts <input type="checkbox"/> Sem seguro <input type="checkbox"/> Outro (especifique abaixo):		Se seu(sua) filho(a) tiver seguro de saúde, indique o número de identificação do subscritor do seguro.	
SECÇÃO 3: AVALIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE PARA RECEBER VACINAS						
<i>A. Se responder "SIM" a qualquer uma das perguntas (1-5) abaixo , o(a) seu(sua) filho(a) <u>não pode</u> ser vacinado(a) na escola. Contacte o médico do(a) seu(sua) filho(a) quanto a outras opções.</i>					SI M	N Ã O
1. O(A) seu(sua) filho(a) sofre de uma alergia grave a ovos?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O(A) seu(sua) filho(a) alguma vez teve uma reacção grave a uma dose de vacina contra a gripe administrada previamente?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O(A) seu(sua) filho(a) alguma vez sofreu da síndrome Guillain-Barré (um tipo de fraqueza muscular grave temporária) depois de receber a vacina contra a gripe?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A sua filha está grávida?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>B Responda essas perguntas adicionais sobre o histórico médico do(a) seu(sua) filho(a).</i>					SI M	N Ã O
5. O(A) seu(sua) filho(a) tem outras alergias graves? Liste.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O(A) seu(sua) filho(a) alguma vez recebeu alguma vacina (não só contra a gripe) nos últimos 30 dias?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O(A) seu(sua) filho(a) tem asma, diabetes ou doença pulmonar, cardíaca, renal (rins), hepática (fígado), nervosa ou sanguínea?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O(A) seu(sua) filho(a) está a receber um tratamento a longo prazo de aspirina ou uma terapêutica contendo aspirina (por exemplo, o(a) seu(sua) filho(a) toma aspirina todos os dias)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O(A) seu(sua) filho(a) tem um sistema imunitário fraco devido ao vírus HIV, cancro ou medicamentos como esteróides ou medicamentos usados para tratamento de doenças cancerosas?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECÇÃO 4: CONSENTIMENTO PARA QUE O(A) SEU(SUA) FILHO(A) POSSA SER VACINADO(A) NA ESCOLA					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respondo NÃO a todas as perguntas acima. Li, ou foi-me explicada a Declaração de Informação da Vacina Contra a Gripe Intranasal 2010. Entendo quais são os benefícios e os riscos resultantes da administração da vacina, e solicito que seja administrada a vacina intranasal ao aluno acima mencionado para o(a) qual estou autorizado(a) a fazer este pedido. Entendo que posso rever a Notificação das Práticas de Privacidade na altura da vacinação.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assinatura do Pai/Mãe/Tutor Legal _____					Data: _____	
SECTION 5: APENAS PARA USO ADMINISTRATIVO					Data da NIV: 7/2010	
Vacina	Data da Dose Administrada	Via	Fabricante	Número de Lote	Nome e Cargo do Administrador da(s) Vacina(s)	
Gripe		<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Intranasal				