

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO

VACINA DA GRIPE PARA CRIANÇAS

A vacina da gripe protege contra diferentes tipos de vírus. A composição da vacina é recomendada anualmente pela OMS, com base nas informações recebidas de todo o mundo sobre a prevalência das cepas circulantes. Dessa forma, a cada ano a vacina da gripe muda, para proteger contra os tipos mais comuns de vírus da gripe naquela época.

CONTRAINDICAÇÕES

Hipersensibilidade conhecida às substâncias ativas, a qualquer um dos excipientes, ou a qualquer substância que pode estar presente na forma de traços como ovo (ovalbumina e proteínas de galinha); formaldeído; etoxilato de octilfenol; cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico e água para injeção; octoxinol-9 ou neomicina; conservante timerosal; solução tampão; cloreto de cálcio di-hidratado; cloreto de magnésio hexaidratado; citrato de sódio; brometo de cetiltrimetilamônio; sacarose; polissorbato 80; hidrocortisona; tartarato de tilosina; sulfato de gentamicina.

Vacina Influenza Trivalente	Vacina influenza Quadrivalente
<ul style="list-style-type: none"> um vírus similar ao vírus influenza A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09; um vírus similar ao vírus influenza A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2); e um vírus similar ao vírus influenza B/Phuket/3073/2013 	<ul style="list-style-type: none"> um vírus similar ao vírus influenza A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09; um vírus similar ao vírus influenza A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2); e um vírus similar ao vírus influenza B/Phuket/3073/2013 um vírus similar ao vírus influenza B/Brisbane/60/2008

A imunização deverá ser adiada em pacientes com febre ou infecção aguda.

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL

Eu, _____, autorizo meu filho(a) _____ Idade _____ a receber a vacina da gripe e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

INFORMAR SE...	SIM	NÃO	COMPLEMENTAR
1. Já tomou a vacina da gripe em anos anteriores?			
2. Teve alguma reação à vacina da Gripe?			
3. Tomou alguma vacina no dia de hoje?			
4. Está com febre?			
5. Está com algum tipo de infecção?			
6. Tem alergia a ovo ou proteína da galinha, ou aos componentes descritos acima em negrito?			
7. Tem alergia a algum antibiótico? Qual?			
8. Teve Síndrome de Guillain-Barré?			

Está sendo vacinado com:

TRIVALENTE MONODOSE TRIVALENTE MULTIDOSE QUADRIVALENTE MONODOSE

Data: / /

Assinatura dos pais ou responsável: _____