

Questionário de avaliação para vacinação de [] (bebês/crianças em idade escolar)

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus	
Endereço					
Nome da criança			M	Data de nascimento	Nascido em / / (d/m/a)
Nome do pai/mãe/responsável			F	Idade (anos	meses)

Questionário para vacinação	Resposta		Comentário do médico
Você leu o documento (enviado pela Secretaria Municipal) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?	Sim	Não	
Responda às seguintes perguntas sobre a criança. Peso ao nascer () g A criança apresentou alguma anormalidade no parto? A criança apresentou alguma anormalidade após o nascimento? Foi detectada alguma anormalidade no exame pós-natal do bebê?	Sim	Não	
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. ()	Sim	Não	
A criança esteve doente no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
A criança teve contato com alguém contaminado por tuberculose (incluindo membros da família)?	Sim	Não	
A criança foi vacinada no último mês? Nome da vacina ()	Sim	Não	
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença ()	Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	Sim	Não	
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade da criança na época? ()	Sim	Não	
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?	Sim	Não	
A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?	Sim	Não	
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina ()	Sim	Não	
No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?	Sim	Não	
Nos últimos seis meses, a criança recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gamaglobulina?	Sim	Não	
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?	Sim	Não	
Comentário do médico Tendo como base as perguntas acima e os resultados da entrevista, decidi que a criança (poderá/não deverá) ser vacinada hoje. Expliquei ao pai/mãe/responsável as informações sobre os benefícios e efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação. Assinatura ou nome e carimbo do médico:			

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. A entrevista com/sobre a criança foi feita pelo médico e as informações sobre os benefícios, objetivos e riscos (incluindo os efeitos colaterais graves) da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas. Acredito ter compreendido estas informações.
Eu (dou/não dou)* meu consentimento para a vacinação da criança. * Marque a sua escolha com um círculo.
Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Secretaria Municipal.
Assinatura do pai/mãe/responsável:

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina	* (Injeção subcutânea)	Instituição:
Número do lote	** (Administração oral)	Nome do médico:
[Cuidado] Confirme a data de validade da vacina.	ml	Data da administração: / / (d/m/a)

[Observação] A gamaglobulina é um produto derivado do sangue e que é aplicado para a prevenção de infecções, tais como a Hepatite tipo A e para o tratamento de infecções graves. Às vezes, determinadas vacinas (por exemplo, a vacina contra o sarampo) são menos eficazes em pessoas que receberam esse produto nos três a seis meses anteriores.

* No caso da vacina BCG, descreva, por exemplo, "vacinação percutânea usando um instrumento para aplicação do BCG com muitas agulhas em um volume especificado".

** No caso de vacina Sabin, descreva, por exemplo, "Administração oral com uma dose específica de 0,05 ml".

**Questionário de avaliação da vacinação contra Sarampo e Rubéola
(Fases 3 e 4: para pacientes acompanhados dos pais/responsável ou pacientes casados)**

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus	
Endereço					
Nome do paciente		M	Data de nascimento	Nascido em	/ / (d/m/a)
Nome do pai/mãe/responsável		F		Idade (anos meses)

Questionário para vacinação	Resposta		Comentário do médico
Você leu o documento (enviado pela Secretaria Municipal) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?	Sim	Não	
Responda às seguintes perguntas sobre o paciente a ser vacinado. O paciente apresentou peso corporal baixo no nascimento, foi identificada alguma anormalidade no parto, após o nascimento ou no exame pós-natal do bebê?	Sim	Não	
O paciente está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas detalhadamente. ()	Sim	Não	
O paciente esteve doente no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou amigo do paciente teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
O paciente foi vacinado no último mês? Nome da vacina ()	Sim	Não	
O paciente apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença ()	Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	Sim	Não	
O paciente teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade do paciente na época? ()	Sim	Não	
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, o paciente estava com febre na época da convulsão?	Sim	Não	
O paciente já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresenta imunodeficiência congênita?	Sim	Não	
O paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?	Sim	Não	
Nos últimos seis meses, o paciente recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gamaglobulina?	Sim	Não	
No caso de vacinação de uma mulher: Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não menstruou)? [Cuidado] A mulher não deve engravidar antes de pelo menos dois meses após a vacinação.	Sim	Não	
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?	Sim	Não	
Comentário do médico Com base nas perguntas acima e nos resultados da entrevista, decidi que o paciente (poderá/não deverá) ser vacinado hoje. Expliquei ao pai/mãe/responsável (ou ao próprio paciente, se casado) as informações sobre os benefícios e efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação. Assinatura ou nome e carimbo do médico:			

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. O paciente foi entrevistado pelo médico e as informações sobre os benefícios, objetivos e riscos (incluindo os efeitos colaterais graves) da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas. Acredito ter compreendido estas informações.
Eu (dou/não dou)* meu consentimento para a vacinação do paciente. * Marque a sua escolha com um círculo.
Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Secretaria Municipal.

Assinatura do pai/mãe/responsável (ou do próprio paciente, se casado):

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina Número do lote [Cuidado] Confirme a data de validade da vacina.		Instituição: Nome do médico: Data da administração: / / (d/m/a)

[Observação] A gamaglobulina é um produto derivado do sangue e que é aplicado para a prevenção de infecções, tais como a Hepatite tipo A e para o tratamento de infecções graves. Às vezes, determinadas vacinas (por exemplo, a vacina contra o sarampo) são menos eficazes em pessoas que receberam esse produto nos três a seis meses anteriores.

* Se o paciente for casado, não há necessidade de responder a esta pergunta.

Questionário de avaliação para vacinação contra Sarampo e Rubéola (Fases 3 e 4: para pacientes não acompanhados por pai/mãe/responsável)

Explicação necessária antes da vacinação contra sarampo e rubéola

○Para o pai/mãe/responsável: A leitura deste documento é imprescindível.

* [Para o pai/mãe/responsável pela criança que será vacinada e que tenha entre 12 e 17 anos]

Foi solicitado que o pai/mãe/responsável acompanhasse a criança que seria vacinada; mas isso se aplica somente aos casos da vacinação contra o sarampo e a rubéola de crianças cursando o ensino fundamental; durante cinco anos, do ano de 2008 até o ano de 2012, a criança poderá ser vacinada sem o acompanhamento do pai/mãe/responsável, desde que o pai/mãe/responsável tenha lido, compreendido e assinado este documento permitindo a vacinação de seu filho.

(Certifique-se de que seu filho entregue este documento no dia da vacinação).

Se tiver dúvidas, consulte seu médico, clínica médica ou a secretaria municipal responsável pela vacinação antes de assinar este questionário de avaliação, para você ter certeza de que entendeu perfeitamente os riscos e benefícios da vacinação antes de autorizá-la.

1 Sintomas do sarampo e da rubéola

○ Sarampo

O sarampo é causado pelo vírus do sarampo, ele é disseminado pelo ar, pela saliva e por contato. Os sintomas só se manifestam de 10 a 12 dias (período de incubação) após a contaminação pelo vírus. Depois desse período, o paciente começa a apresentar os sintomas, como: febre, tosse, corrimento nasal, irritação nos olhos e vermelhidão na pele. Nos três a quatro primeiros dias depois do fim do período de incubação, os pacientes apresentam febre de 38°C, tosse, corrimento nasal e irritação nos olhos; primeiro a febre parece estar diminuindo, mas ela aumenta novamente para 39°C a 40°C, e começa a aparecer uma vermelhidão no pescoço e na face, que depois se espalha para o corpo todo. A febre diminui em três a quatro dias e a erupção cutânea desaparece gradativamente. Pode ser que as regiões afetadas pela erupção cutânea permaneçam um pouco mais escuras por algum tempo.

Cerca de 30% dos pacientes têm complicações — as complicações mais comuns são: bronquite, pneumonia, otite média e encefalite. De 100 pacientes infectados por sarampo, sete a nove sofrem de otite média e aproximadamente seis de pneumonia. **Uma em cada 1000 pessoas com sarampo adquirem encefalite.**

Cerca de 20 anos após a infecção por sarampo, 1 em 100.000 pessoas adquirem panencefalite esclerosante subaguda (PES), um estágio grave de encefalite. Uma em cada 1000 pessoas que tiveram, morre da doença.

○ Rubéola

A rubéola é causada pelo vírus da rubéola que é disseminado pela saliva. Após a contaminação pelo vírus, o paciente não apresenta sintomas por 14 a 21 dias (período de incubação). Depois, os sintomas aparecem geralmente, uma erupção menos vermelha que a apresentada no sarampo, febre e inchaço dos linfonodos, principalmente na parte de trás da garganta. Às vezes, sintomas como: tosse, corrimento nasal e olhos vermelhos (congestão conjuntival) são apresentados. Quando uma criança contrai rubéola, tanto a erupção cutânea quanto a febre desaparecem em aproximadamente três dias, por isso também é chamado de “sarampo de três dias.” As complicações da rubéola são: dores nas juntas, púrpura trombocitopênica aguda (1 em cada 3000) e encefalite (1 em cada 6000). Normalmente, os sintomas são mais graves em adultos do que em crianças.

Quando uma mulher contrai rubéola no estágio inicial da gravidez, é provável que seus bebês nasçam com Síndrome da Rubéola Congênita, que pode incluir más formações cardíacas, catarata, surdez e outras anormalidades.

2 Benefícios e efeitos colaterais da vacinação

Mais de 95% das crianças que são vacinadas se tornam imunes. Uma criança que foi imunizada está protegida do sarampo e da rubéola.

A vacinação pode causar efeitos colaterais leves e muito raramente efeitos colaterais graves. Às vezes, as reações são apresentadas após a vacinação, conforme segue:

1) Os principais efeitos colaterais causados pela vacina combinada contra sarampo/rubéola

(Esta vacina é comumente usada para a vacinação simultânea contra sarampo e rubéola.)

Os principais efeitos colaterais são febre (20% dos pacientes) e erupção cutânea (10%). Esses sintomas costumam aparecer de 5 a 14 dias após a vacinação. Nas primeiras 24 horas após a vacinação, a febre, a erupção cutânea e a coceira, que são consideradas reações alérgicas, ocorrem ocasionalmente, mas esses sintomas desaparecem em no máximo três dias. Alguns pacientes apresentam vermelhidão, inchaço e endurecimento no local da injeção e linfonodos inchados; porém, normalmente, esses sintomas desaparecem em poucos dias.

São raros os casos de efeitos colaterais graves, incluindo uma reação anafilática (urticária, dificuldade de respiração e mesmo espasmos), púrpura trombocitopênica aguda (sangramento na pele, nariz, mucosa oral e outros locais), encefalite e convulsões.

2) Principais efeitos colaterais causados pela vacina contra o sarampo

(Essa vacina é usada unicamente para a vacinação contra o sarampo.)

Os principais efeitos colaterais são: febre baixa (de 37,5°C a 38,5°C, apresentada por 5% dos pacientes), febre alta (acima de 38,5°C, em 6%) e erupção cutânea semelhante à do sarampo (em 6%), apresentada principalmente de 5 a 14 dias após a vacinação. A febre geralmente dura apenas um ou dois dias. A erupção cutânea é raramente mais grave, e pode apresentar vermelhidão, inchaço ou até mesmo parecer sarampo natural. Outros efeitos colaterais são vermelhidão, inchaço no local da injeção e quadros de febre (em 1 entre 300 pessoas), urticária, e outros efeitos colaterais menos comuns, sendo que quase todos são transitórios.

Entre os raros efeitos colaterais graves estão as reações anafiláticas, encefalite/encefalopatia (1 em 1 milhão ou com menos frequência) e púrpura trombocitopênica aguda (1 em 1 milhão).

A panencefalite esclerosante subaguda (PES), causada pela vacinação, é considerada *extremamente* rara, ocorrendo com uma frequência maior de 1 a cada 10 em pacientes infectados pelo vírus do sarampo natural.

3) Principais efeitos colaterais da vacina contra rubéola

(Esta vacina é usada exclusivamente para a vacinação contra rubéola.)

Os principais efeitos colaterais são: erupção cutânea, urticária, eritema, coceira, febre, linfonodos inchados e dor nas juntas.

Entre os raros efeitos colaterais graves estão: espasmos, reações anafiláticas e púrpura trombocitopênica aguda (em 1 a cada um milhão de pacientes).

3 Sistemas de atendimento às pessoas com reações adversas causadas pela vacinação

○ Uma pessoa com efeitos colaterais causados pela vacinação de rotina, que necessite de tratamento médico ou teve sua capacidade de executar atividades diárias prejudicada por alguma lesão poderá ser indenizada pelo governo, de acordo com a Legislação de vacinação preventiva (Preventive Vaccination Law).

○ A indenização consiste no pagamento de despesas médicas, benefícios médicos, uma quantia anual para crianças com deficiência, uma anuidade devido a problemas de saúde, benefícios fixos por morte e despesas de funeral que são classificadas pela Lei, de acordo com a gravidade da lesão. A respectiva indenização é paga de acordo com as disposições da Lei. Toda a indenização, exceto os benefícios fixos por morte e despesas de funeral, é paga de forma contínua até a conclusão do tratamento ou melhora da saúde.

○ A indenização será paga ao paciente após a causa da lesão ser comprovada como resultante da vacinação. Esta comprovação será realizada pelo comitê de análise governamental, composto de especialistas em vacinação, medicina infecciosa, legislação e outras disciplinas relacionadas que discutem a relação relevante com a vacinação, por exemplo, se a lesão em questão foi causada pela vacinação ou por outros fatores (infecção anterior ou posterior à vacinação e outras causas).

○ De 2008 a 2012, a vacinação contra o sarampo e a rubéola (incluindo a vacinação separada contra sarampo e rubéola) deve ser realizada em crianças cursando o ensino fundamental, considerado a partir do mês de abril deste ano até o mês de março do próximo ano. Se uma criança desejar ser vacinada após o período designado, a vacinação não estará sob a Lei de Vacinação Preventiva (vacinação voluntária). Nestes casos, se uma criança for prejudicada pela vacinação, ela será atendida pela indenização de acordo com a legislação da Agência de Dispositivos Médicos e Farmacêuticos; no entanto, a indenização geralmente é de aproximadamente a metade daquilo que é fornecido pela Lei de Vacinação Preventiva (as despesas médicas, benefícios médicos e as despesas funerárias são semelhantes).

* Se você acha que deve enviar um formulário para indenização consulte: o médico que entrevistou seu filho antes da vacinação, a clínica médica e a secretaria municipal responsável pela vacinação.

4 Cuidados para a vacinação

A criança a ser vacinada deve estar com boas condições de saúde. Se o seu filho estiver doente, consulte seu médico e decida se você deve vaciná-lo ou não.

Se seu filho apresentar qualquer um dos seguintes sintomas ele não poderá ser vacinado.

- 1) Febre evidente (37,5°C ou superior).**
- 2) Doença aguda grave.**
- 3) Um histórico de anafilaxia causada por qualquer componente da preparação da vacina.**
- 4) Qualquer doença associada a um sistema imunológico com características anormais evidentes ou tratamento que provoque imunossupressão.**
- 5) Gravidez.**
- 6) Outras condições que o médico considerar inadequadas .**

[Cuidados para as mulheres]

Se você estiver grávida ou com suspeita de gravidez, você não deverá ser vacinada. Recomendamos que você seja vacinada após o parto ou quando for confirmado que não está grávida.

Quando você for vacinada, consulte o médico que a vacinou, a clínica médica ou a secretaria municipal responsável pela vacinação.

Você deve evitar a gravidez por pelo menos dois meses após a vacinação.

○Para o pai/mãe/responsável: **Certifique-se da leitura do seguinte.**

Após a leitura cuidadosa e a compreensão total das informações acima, decida se seu filho deve ou não ser vacinado. Se optar pela vacinação, assine esse formulário na coluna referente a pai/mãe/responsável. **Sem a sua assinatura, a vacinação do seu filho não será permitida.**

Se você não deseja que seu filho seja vacinado, não é necessário assinar.

Eu li a documentação explicativa sobre a vacinação contra sarampo e rubéola e compreendo os benefícios e riscos (efeitos colaterais graves) das vacinas e o sistema de assistência às pessoas com lesões devidas à vacinação. Considerando esses fatores, permito a vacinação do meu filho.

Eu compreendo que este documento foi desenvolvido para ajudar os pais e responsáveis a entenderem a vacinação e concordo com a possibilidade de envio deste formulário para a Secretaria Municipal.

Assinatura do pai/mãe/responsável: _____

Endereço _____

Número de contato para emergências: _____

* Este formulário deve ser enviado no momento da vacinação da criança cursando o ensino fundamental, durante cinco anos, do ano de 2008 até o ano de 2012, e quando a criança não estiver acompanhada por um pai/mãe/responsável. Certifique-se da entrega deste formulário quando seu filho estiver desacompanhado e for vacinado.

Sem a sua assinatura, a vacinação de seu filho não será permitida.

Questionário de avaliação

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus	
Endereço					
Nome da criança		M F	Data de nascimento	Nascido em / / Idade (anos	(d/m/a) meses)

Questionário para vacinação	Resposta		Comentário do médico
Responda às seguintes perguntas sobre a criança a ser vacinada. A criança apresentou peso corporal baixo no nascimento, ou foi identificada alguma anormalidade no parto, após o nascimento ou em exame pós-natal do bebê?	Sim	Não	
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. ()	Sim	Não	
A criança esteve doente no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
A criança foi vacinada no último mês? Nome da vacina ()	Sim	Não	
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença ()	Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	Sim	Não	
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade do paciente na época? ()	Sim	Não	
Se você respondeu “sim” para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?	Sim	Não	
A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?	Sim	Não	
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?	Sim	Não	
Nos últimos seis meses, a criança recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gamaglobulina?	Sim	Não	
No caso de vacinação de uma mulher: Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não menstruou)? [Cuidado] A mulher não deve engravidar antes de pelo menos dois meses após a vacinação.	Sim	Não	
Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. Considerando as doenças no passado e a situação atual delas, você concorda com a vacinação do seu filho? Eu (concordo/não concordo)* com a vacinação do meu filho. * Marque a sua escolha com um círculo. Compreendo as informações acima e concordo com a possibilidade de envio deste questionário para a Secretaria Municipal.			
Assinatura do pai/mãe/responsável:			

Comentário do médico Com base nas perguntas acima e nos resultados da entrevista, decidi que o paciente (poderá/não deverá) ser vacinado hoje. Expliquei ao próprio paciente as informações sobre os benefícios e os efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação. Assinatura ou nome e carimbo do médico:

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina Número do lote Cuidado: Confirme a data de validade da vacina.	ml	Instituição: Nome do médico: Data da administração: / / (d/m/a)

Observação: A gamaglobulina é um produto derivado do sangue e que é aplicado para a prevenção de infecções, tais como a Hepatite tipo A e para o tratamento de infecções graves. Às vezes, determinadas vacinas (por exemplo, a vacina contra sarampo) são menos eficazes em pessoas que receberam esse produto nos três a seis meses anteriores.