

Formulário de Consentimento para Vacina da Gripe

Nome da escola: _____ Data da clínica: _____

COMPLETAR TODAS AS INFORMAÇÕES ABAIXO - **Imprima usando tinta (Formulários incompletos não serão aceitos)**

NOME do aluno:				INICIAL DO MEIO	SOBRENOME do aluno:				SUFIXO (Jr., etc.)
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femin.		Data Nasc.: (mês,dia,ano)		Idade		Professor da sala/ano			
Endereço					Telefone # () -		Nome de solteira da mãe: (para registro)		
Cidade		CEP		Estado		Raça: <input type="checkbox"/> Afro-americano <input type="checkbox"/> Negro Branco <input type="checkbox"/> Alasquiano/ Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático Havaiano / Ilhas do Pacífico Outra <input type="checkbox"/> Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico <input type="checkbox"/> Não-Hispânico			
E-mail:									


As leis atuais de assistência médica exigem que façamos a cobrança à sua seguradora. O serviço é oferecido sem qualquer custo para você. As respostas são sempre confidenciais.

Preencha as seguintes perguntas referentes ao seu seguro de saúde:

Medicaid <input type="checkbox"/>		Sem seguro <input type="checkbox"/>		Seguradora:					
Nome do titular da apólice:				Sobrenome do titular da apólice:					
Núm. de afiliação:				Data de nascimento do titular: (mês,dia,ano)					

MARQUE SIM OU NÃO PARA **CADA** PERGUNTA

SIM	NÃO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Seu filho já teve alguma(s) reação(s) à vacina contra a gripe no passado?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Seu filho já teve a síndrome de Guillain-Barre?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Seu filho já teve alergia a ovos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Seu filho tem distúrbio sanguíneo, como hemofilia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Será a primeira vez que seu filho recebe uma vacina contra a gripe?



Eu li as informações sobre a vacina e as precauções especiais no Folheto Informativo sobre Vacinas. Estou ciente de que posso localizar a Declaração Informativa sobre Vacinas mais recente e outras informações em www.immunize.org ou www.cdc.gov. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a vacina e compreender os riscos, benefícios e alternativas. Compreendo que não é possível prever todos os possíveis efeitos secundários ou complicações associadas ao recebimento de vacinas. Solicito e autorizo voluntariamente que a vacina seja administrada à pessoa mencionada acima, da qual sou pai ou responsável legal e tenho autoridade legal para tomar decisões médicas em seu nome. Eu reconheço que não foram dadas garantias quanto ao sucesso da vacina. Em nome do meu filho e dos nossos herdeiros, isento a MaxVax LLC., afiliados, escolas de enfermagem afiliadas, seus diretores, funcionários e agentes de toda e qualquer responsabilidade decorrente de qualquer ato ou omissão que surja durante ou em conexão com uma vacinação. Entendo que este consentimento é válido por 6 meses e que farei com que a escola tome conhecimento de qualquer mudança de saúde antes da data de vacinação da clínica. Reconheço que estou dando permissão para a Maxvax LLC apresentar, julgar e apelar reclamações com minha seguradora em meu nome. Dados clínicos em que a vacina será administrada podem ser obtidas na escola. Entendo que as informações relacionadas à saúde neste formulário serão usadas para fins de faturamento do seguro e as Informações Pessoais de Saúde aqui contidas serão protegidas por lei. Entendo os objetivos/benefícios da Florida SHOTS, o registro de imunização dado pela Flórida, e solicito e autorizo voluntariamente que a vacina seja administrada e registrada na Florida SHOTS para a pessoa listada acima.

Nome do Pai / Responsável Legal

Assinatura do Pai / Responsável Legal

Parentesco com a criança

Data

VIS CDC IIV 06/08/2021

FLUCELVAX

Número do LOTE:

Data de validade:

RN #

Data:

ÁREA DE USO EXCLUSIVO DA ADMINISTRAÇÃO OFICIAL

Health Hero Florida

320 1st St N #103

Jacksonville Beach, FL 32250

help@beahealthhero.com

www.beahealthhero.com

HEALTH HERO

DECLARAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE VACINA

Vacina da influenza (gripe) (inativada ou recombinante): O que você precisa saber

Muitas vacinas de informação adicionais em português em português e em outros idiomas. Veja www.immunize.org/vs

Muitas declarações de informações sobre vacinas estão disponíveis em português e outros idiomas. Consulte www.immunize.org/vs

1. Por que se vacinar?

A vacina da influenza pode prevenir a influenza (gripe).

Gripe é uma doença contagiosa que se espalha pelos Estados Unidos todos os anos, normalmente entre outubro e maio. Qualquer um pode pegar gripe, mas ela é mais perigosa para algumas pessoas. Bebês e crianças pequenas, pessoas idosas a partir de 65 anos, pessoas grávidas, e pessoas com certas condições de saúde ou sistema imunológico enfraquecido estão em maior risco de complicações da gripe.

Pneumonia, bronquite, infecções sinusais e infecções de ouvido são exemplos de complicações relacionadas à gripe. Se você tem uma condição médica, como doença cardíaca, câncer ou diabetes, a gripe pode piorá-la.

A gripe pode causar febre e calafrios, dor de garganta, dores musculares, fadiga, tosse, dor de cabeça e nariz escorrendo ou congestionado. Algumas pessoas podem apresentar vômito e diarreia, embora isso seja mais comum em crianças do que em adultos.

Em um ano médio, milhares de pessoas nos Estados Unidos morrem de gripe, e muitas outras são hospitalizadas. A vacina da gripe previne milhões de doenças e consultas médicas por gripe todos os anos.

2. Vacinas da influenza

O CDC recomenda que todos a partir de 6 anos se vacinem em cada temporada de gripes. **Crianças de 6 meses a 8 anos de idade** podem precisar de 2 doses durante uma única temporada de gripes. **As outras pessoas** precisam apenas de 1 dose em cada temporada de gripes.

Leva cerca de 2 semanas para o desenvolvimento da proteção após a vacinação.

Influenza (inactivated or recombinant) VIS - Portuguese (8/6/21)

Há muitos vírus da gripe e eles estão sempre em mutação. A cada ano uma nova vacina da gripe é criada para proteger contra os vírus da influenza que acredita-se que sejam a causa da doença na próxima temporada de gripes. Mesmo que a vacina não corresponda exatamente a esses vírus, ela ainda pode fornecer alguma proteção.

A vacina da influenza **não causa gripe**.

A vacina da influenza pode ser fornecida ao mesmo tempo que outras vacinas.

3. Converse com seu profissional de saúde

Diga ao seu profissional de saúde se a pessoa que receber a vacina:

- Teve uma reação alérgica após uma dose anterior da vacina da influenza, ou teve qualquer reação grave e com risco à vida
- Já teve Síndrome de Guillain-Barré (também chamada "GBS")

Em alguns casos, o seu profissional de saúde pode decidir adiar a vacinação da influenza até uma consulta futura.

A vacina da influenza pode ser administrada a qualquer momento durante a gravidez. Pessoas que estão ou ficarão grávidas durante a temporada de influenza devem receber a vacina inativada para influenza.

Pessoas com doenças mais leves, como um resfriado, podem ser vacinadas. Pessoas com doenças moderadas ou graves normalmente devem aguardar até que se recuperem antes de receber a vacina da influenza. Seu profissional de saúde pode fornecer mais informações.

4. Riscos de uma reação à vacina

- Dor, vermelhidão e inchaço no local da injeção, febre, dores musculares e dor de cabeça podem ocorrer após a vacinação da influenza.
- Pode haver um risco levemente aumentado de Síndrome de Guillain-Barré (GBS) após a vacina inativada para influenza (a vacina da gripe).

Crianças jovens que receberem a vacina da gripe juntamente com vacina pneumocócica (PCV13) e/ou vacina de DTap ao mesmo tempo podem apresentar uma leve probabilidade de ter uma convulsão causada por febre. Avise o profissional de saúde se a criança que estiver recebendo a vacina da gripe já teve convulsão.

As pessoas às vezes desmaiam após procedimentos médicos, incluindo vacinação. Avise o profissional de saúde se sentir tontura ou tiver alterações na visão ou zumbido nos ouvidos.

Assim como com qualquer medicamento, existe uma chance muito remota de uma vacina causar reação alérgica grave, outros ferimentos graves ou morte.

5. E se houver um problema grave?

Uma reação alérgica pode ocorrer após a pessoa vacinada sair da clínica. Se você perceber sinais de uma reação alérgica grave (urticária, inchaço do rosto e garganta, dificuldade para respirar, batimento cardíaco acelerado, tontura ou fraqueza), ligue para 9-1-1 e leve a pessoa ao hospital mais próximo.

Para outros sinais que o preocupam, ligue para seu profissional de saúde.

Reações adversas devem ser relatadas ao Sistema de Relatórios de Eventos Adversos de Vacinas (VAERS).

Seu profissional de saúde normalmente preencherá este relatório ou você mesmo pode fazê-lo. Visite o site do VAERS em www.vaers.hhs.gov ou ligue para 1-800-822-7967. O VAERS serve apenas para relatar reações, e membros da equipe VAERS não fornecem orientações médicas.

6. O Programa Nacional de Compensação por Lesões por Vacinas

O Programa Nacional de Compensação por Lesões por Vacinas (VICP) é um programa federal que foi criado para compensar pessoas que podem ter sido lesionadas por certas vacinas. Alegações de supostas lesões ou morte devido à vacinação têm um limite de tempo para serem encaminhadas, o que pode ser no máximo dois anos. Visite o site do VICP em www.hrsa.gov/vaccinecompensation ou ligue para 1-800-338-2382 para saber mais sobre o programa e como encaminhar uma alegação.

7. Como posso saber mais?

- Pergunte ao seu profissional de saúde.
- Ligue para o seu departamento de saúde local ou estadual.
- Visite o site da Food and Drug Administration (FDA) para as bulas das vacinas e mais informações em www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines.
- Entre em contato com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC):
 - Ligue para 1-800-232-4636 (1-800-CDC-INFO) ou
 - Visite o site do CDC em www.cdc.gov/flu.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Portuguese Translation provided by Massachusetts Dept. of Public Health, Immunization Program

Vaccine Information Statement

Inactivated Influenza Vaccine

42 U.S.C. § 300aa-26
8/6/2021

APR 2021
PAIN 10/10/21
ESCRIBIDOR

