



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst

Direção de Saúde, Assuntos Sociais e Integração
Serviço de Saúde
Serviço médico cantonal

Consentimento de vacinação

Informações relativas às vacinações individuais podem ser consultadas no documento “Vacinações recomendadas” do cantão de Berna.

Os custos das vacinações aqui descritas, recomendadas pelos Serviços Federais de Saúde, são assumidos pelo seguro de saúde (menos 10% de franquia de seguro, exceto programa de vacinação contra o HPV: sem franquia de seguro).

Durante o exame médico escolar, o(a) médico(a) escolar irá controlar o boletim de vacinas do(a) seu/sua filho(a). Caso sejam necessárias determinadas vacinações, o(a) médico(a) escolar

poderá administrar estas vacinas **com o seu consentimento** ou recomendar-lhe a administração das mesmas.

Idade	Vacinações
4–7 anos * a partir dos 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Poliomielite, difteria, tétano, tosse convulsa - *Encefalite transmitida por carraças (FSME) <p>Vacina de recuperação: - Sarampo, papeira, rubéola</p>
A partir dos 11 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Difteria, tétano, tosse convulsa - Hepatite B (2 ou 3 doses) - Meningite bacteriana (meningococo) - **Vírus do papiloma humano (cancro do colo do útero, verrugas genitais)(2 ou 3 doses) <p>Vacina de recuperação: - Poliomielite - Sarampo, papeira, rubéola - FSME</p>

Se o(a) seu/sua filho(a) tiver entre 11 e 15 anos de idade e ainda não tiver contraído a varicela, deve discutir com o(a) seu/sua médico(a) de família uma possível vacinação contra esta doença infecciosa.

Tenha em atenção os seguintes motivos gerais contra a vacinação:

- **Antecedentes de reações anafiláticas (reação alérgica mais grave)**
- **Gravidez**
- **Imunodeficiência**
- **Doença grave e aguda**

Consentimento

O(a) meu/minha filho(a) deve receber as seguintes vacinações, **caso se verifiquem necessárias na**

sequência do controlo do boletim de vacinas (assinalar conforme adequado):

- TODAS vacinações necessárias abaixo indicadas.
- Apenas as seguintes vacinações:
 - Poliomielite / difteria / tétano / tosse convulsa (vacina combinada)
 - Sarampo, papeira, rubéola (vacina combinada)
 - Meningite bacteriana (meningococo)
 - Hepatite B
 - Vírus do papiloma humano (cancro do colo do útero, verrugas genitais)
 - Encefalite transmitida por carraças (FSME)

Todas as vacinações são administradas por injeção (parcialmente em forma combinada). Tenha em consideração que também existem médicos(as) escolares que não realizam diretamente a inoculação, mas que entregam ao(à) seu/sua filho(a) uma recomendação por escrito.

Apelido, nome próprio da criança:

Nome e endereço da Caixa de Seguro de Doença:

Número do seguro de saúde:

Número de AHV (apenas para a vacinação contra o HPV):
(AHV = Seguro de Velhice e de Sobrevivência)

Local, data: _____

Assinatura dos pais / encarregados de educação: