

Prezado(a) pai/mãe/responsável:

Os Serviços de Enfermagem do CCSD trabalharão com as escolas Title I para fornecer vacinas GRATUITAS contra a gripe na escola do seu filho/sua filha neste outono. A vacina contra a gripe estará disponível em 2 formas:

- **Vacina contra a gripe (injeção)**
ou
- **Spray nasal contra gripe.**

Uma vacina contra a gripe é recomendada pelo CDC e DHEC todos os anos para todos com 6 meses de idade ou mais. É a melhor maneira de proteger seu filho/sua filha contra a gripe. Observe que os especialistas estão prevendo uma temporada de gripe pior do que o normal. Pedimos que você considere inscrever seu filho/sua filha para receber a vacina GRATUITA contra a gripe na escola.

Aqui estão alguns aspectos para manter em mente:

- Crianças em ambientes fechados, como escolas, correm maior risco de adoecer com gripe e podem transmiti-la a outros alunos e professores, bem como às pessoas de sua casa e comunidade.
- Se o seu filho/sua filha tiver asma, diabetes ou outras condições crônicas de saúde, é mais provável que ele/ela fique muito doente se contrair a gripe. É especialmente importante que as crianças com qualquer uma dessas condições tomem a vacina contra a gripe todos os anos.
- Seu filho/sua filha pode tomar vacina contra gripe ou spray nasal contra gripe na escola com uma enfermeira do CCSD e você não precisa faltar ao trabalho para levá-lo ao consultório médico.
- A gripe é a principal razão pela qual os alunos (e pais) faltam às aulas durante a temporada de gripe.

Preencha e devolva o formulário de consentimento o mais rápido possível.

Informações sobre a data e a hora da clínica de gripe também serão fornecidas pela escola do seu filho/sua filha.

Não se esqueça de vacinar você e sua família contra a gripe! A vacina contra a gripe está disponível no departamento de saúde local do DHEC e no seu médico. Aqueles com 12 anos de idade ou mais podem receber a vacina contra a gripe em uma farmácia que oferece a vacina contra a gripe. Nós encorajamos você a escolher a mais apropriada no seu caso.

Mais informações sobre as clínicas de gripe e vacinas contra gripe estão disponíveis no site do DHEC em www.scdhec.gov/flu.

Obrigado por fazer tudo ao seu alcance para se manter saudável e bem!
Serviços de Enfermagem do CCSD

VACINA CONTRA A GRIPE

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DOS PAIS E RESPONSÁVEL

INFORMAÇÕES DO ALUNO (USE SOMENTE CANETA PRETA)

NOME DO ALUNO		INICIAL DO NOME DO MEIO	SOBRENOME DO ALUNO		IDADE	SÉRIE
DATA DE NASCIMENTO (MM/DD/AAAA)	GÊNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	ESCOLA		PROFESSOR DA CLASSE PRINCIPAL		
ENDEREÇO			CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
NOME DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL		SOBRENOME DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL		TELEFONE CELULAR DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL () -		

INFORMAÇÕES DO SEGURO DE SAÚDE (PREENCHA INTEGRALMENTE)

MEDICAID <input type="checkbox"/> Sim (Digite o número do Medicaid) <input type="checkbox"/> Não (Continue preenchendo o formulário)	NÚMERO DO MEDICAID DA CAROLINA DO SUL
SEGURO <input type="checkbox"/> Sim (Digite as informações do seguro) <input type="checkbox"/> Não (Responda as perguntas de triagem)	VACINADO(A) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Marque a vacina que você gostaria que seu filho/sua filha recebesse:
 FluMist (Spray Nasal) Flu Shot (Injeção)

PERGUNTAS DE TRIAGEM SOBRE VACINAS

RESPONDA TODAS AS PERGUNTAS ABAIXO:

1. Seu filho/sua filha já teve uma reação grave a ovos OU uma reação grave a uma vacina anterior contra a gripe que causou qualquer um dos seguintes problemas: pieira, dificuldade respiratória, urticária e comichão por todo o corpo, inchaço na boca ou na garganta, pressão arterial muito baixa ou choque?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Seu filho/sua filha já teve Síndrome de Guillain-Barre (um tipo raro de fraqueza e paralisia muscular grave temporária)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se você respondeu SIM à pergunta 1 ou 2, seu filho/sua filha não pode receber a vacina contra a gripe sazonal 2022-2023 na escola. Consulte o prestador de cuidados de saúde primários do seu filho/sua filha.	
3. Seu filho/sua filha recebeu vacina contra varicela (catapora), sarampo, caxumba e/ou rubéola, nos últimos 30 dias? Em caso positivo, liste	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4. Seu filho/sua filha tem algum dos seguintes problemas: asma, diabetes (ou outro tipo de doença metabólica) ou doença dos pulmões, coração, rim, fígado, nervos ou sangue (incluindo anemia); ou tem um implante coclear ou vazamento de líquido espinhal, ou não tem baço?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Seu filho/sua filha toma aspirina ou um medicamento que contém aspirina todos os dias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Seu filho/sua filha tem uma condição que pode enfraquecer o sistema imunológico (por exemplo, câncer, leucemia, linfoma, HIV/AIDS, transplante)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7. Sua filha está grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. Seu filho/sua filha está fazendo terapia com altas doses de esteroides (prednisona > 20mg/dia ou equivalente) por mais de 2 semanas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Seu filho/sua filha tem contato próximo com uma pessoa que precisa de cuidado em ambiente protegido (transplante de medula óssea)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Seu filho/sua filha recebeu recentemente algum dos antivirais abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Oseltamivir ou Zanamivir nas últimas 48 horas • Peramivir nos últimos 5 dias • Baloxavir nos últimos 17 dias 	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se você respondeu SIM a qualquer pergunta de 3 a 10, seu filho/sua filha não pode receber a vacina contra a gripe em spray nasal. Ele/ela receberá a vacina contra a gripe (injeção).	
Se você respondeu NÃO às perguntas 3-10, selecione a vacina preferida para seu filho/sua filha: <input type="checkbox"/> FluMist (Vacina de Influenza Viva e Atenuada em Spray Nasal - LAIV) <input type="checkbox"/> Flu Shot (Vacina contra Gripe Quadrivalente Inativada - IIV4)	
Se o seu filho/sua filha tem menos de 9 anos: Seu filho/sua filha recebeu pelo menos duas doses de vacina contra influenza antes de 1º de julho de 2022? Em caso de resposta negativa ou se você não tiver certeza, ele/ela pode precisar de 2 doses da vacina contra a gripe este ano.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez

AUTORIZAÇÃO, CONSENTIMENTO E LIBERAÇÃO

Solicito e autorizo voluntariamente que o Distrito Escolar do Condado de Charleston (CCSD) forneça as vacinas selecionadas acima para meu filho/minha filha, cujo nome está neste formulário. Também autorizo que meu filho/minha filha receba essas vacinas na escola, a serem administradas pela equipe de enfermagem do CCSD. Recebi as Declarações de Informações sobre Vacinas. Essas informações também podem ser encontradas em www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/current-vis.html. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre as vacinas. Compreendo os riscos e benefícios das vacinas. Entendo que as vacinas serão dadas por uma injeção. Li e respondi as perguntas acima com atenção e precisão e entendo que informações incorretas podem causar sérios riscos ao meu filho/minha filha. Em caso de exposição ocupacional, concordo com o exame de sangue do meu filho/minha filha, se necessário, para a segurança da criança e do funcionário. Entendo que as informações de imunização sobre meu filho/minha filha serão relatadas ao Registro de Imunizações da Carolina do Sul para fins de saúde pública. Por meio desta, LIBERO E ISENTO O CCSD, seus funcionários, fiduciários e/ou agentes ("Liberados") de toda e qualquer responsabilidade, reivindicações, demandas e causas de ação de qualquer tipo ou natureza, seja na lei ou na equidade, que possam surgir como resultado do recebimento das vacinas solicitadas, incluindo reclamações de lesões corporais e/ou mentais, doenças ou morte, causadas por negligência dos Liberados ou de outra forma.

Autorizo ainda que o CCSD divulgue e troque informações sobre o serviço prestado juntamente com o nome do meu filho/minha filha, data de nascimento, número do Medicaid ou seguro de saúde, sexo, bem como minhas informações de contato com a Agência do Medicaid (Departamento de Saúde e Serviços Humanos); e para o CCSD faturar e receber o pagamento pelos serviços aqui descritos da Agência do Medicaid. Entendo que o reembolso do Medicaid para serviços de enfermagem não IEP fornecidos pelo CCSD não afetará nenhum outro serviço do Medicaid para os quais meu filho/minha filha seja qualificado(a). O CCSD operará sob as diretrizes da Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA) e da Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA) para garantir a confidencialidade em relação ao tratamento do meu filho/minha filha e prestação de serviços de enfermagem não IEP.

Li o Consentimento, Autorização e Liberação acima e entendo suas disposições e aplicabilidade e recebi a opção e recomendação de consultar meu médico pessoal. Entendo que a participação no programa de vacinação é totalmente voluntária e que meu filho/minha filha não é obrigado(a) a participar. Tenho autoridade legal, com base em minha relação com o indivíduo indicado acima, para consentir com a administração desta vacina.

ASSINATURA DO PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL LEGAL
 CHARLESTON
 COUNTY SCHOOL DISTRICT

DATA



DOCUMENTAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS (APENAS PARA USO CLÍNICO)

HISTÓRICO DE VACINAS

Documentação	Rubrica do(a) enfermeiro(a)	Comentários
Sem contra-indicações ou precauções		
Sem alergias		
Doses anteriores (se aplicável)		
Não está grávida (se for mulher)		

QUALIFICAÇÃO PARA VACINA

Código de qualificação	Categoria de qualificação	Verificação de qualificação	Comentários
1	VFC Pediátrica> Medicaid		
2	VFC Pediátrica> AA/AN		
3	VFC Pediátrica> Sem seguro de saúde		
4	Estado Pediátrico> Subsegurado/Dificuldades		
5			

1ª Dose DOCUMENTAÇÃO

Nome da vacina	Dosagem	Nº da dose	Local	Via	Fabricante	Nº do lote	Declaração de Informações da Vacina (VIS)	Qualificação
Gripe (IIV4)	0,5 ml			Intramuscular	GSK		06/08/2021	
Gripe (LAIV4)	0,5 ml			Nasal	MI		06/08/2021	

2ª Dose DOCUMENTAÇÃO

Nome da vacina	Dosagem	Nº da dose	Local	Via	Fabricante	Nº do lote	Declaração de Informações da Vacina (VIS)	Qualificação
Gripe (IIV4)	0,5 ml			Intramuscular	GSK		06/08/2021	
Gripe (LAIV4)	0,5 ml			Nasal	MI		06/08/2021	

ASSINATURA/TÍTULO PESSOA ADMINISTRADORA DA VACINA

DATA

LOCAL DA CLÍNICA

INFORMAÇÃO IIS COMPLETA