

Hepatite B - Formulário de Consentimento

Declaro ter recebido e lido as informações sobre a vacina contra a hepatite B que me foram enviadas pelo Departamento de Saúde Pública de Toronto, *Toronto Public Health*. Tomei conhecimento das vantagens antecipadas, bem como dos riscos e efeitos secundários importantes que pode trazer para o meu filho/a minha filha a vacina contra a hepatite B, e também das consequências prováveis que pode acarretar para a criança o facto de não ser vacinada. Indiquei na secção apropriada do presente formulário se a criança foi vacinada ou não contra a hepatite B, por uma entidade que não seja o Departamento de Saúde Pública de Toronto, e fica acordado que notificarei o Departamento se ela vier a ser vacinada por uma entidade que não seja este Departamento. Fica também acordado que, se eu der o meu consentimento, o Departamento de Saúde Pública de Toronto envidará todos os esforços para continuar, ou concluir, a vacinação da criança contra a hepatite B, com a administração da dose ou das doses de vacina apropriada/s. Conforme as circunstâncias, será necessário administrar uma ou duas doses para completar a vacinação. Fui avisado/a da importância de informar imediatamente um médico de qualquer reacção adversa à vacina. Se necessitar de mais informações sobre esta ou outras vacinas, posso telefonar para a **Linha de Imunização do Departamento de Saúde Pública de Toronto**, ligando para o número **416 392 1250**.

Nome do aluno/da aluna: (Apelido) _____ (Nome) _____

Data de nascimento: (Ano) _____ (Mês) _____ (Dia) _____ Sexo: o Masculino o Feminino

Número do Cartão de saúde do Ontário (se o tiver): _____

Escola: _____ Turma: _____

Preencher em letra de imprensa as secções apropriadas.

Secção A

SIM, eu, abaixo assinado/a, autorizo o Departamento de Saúde Pública de Toronto a administrar ao meu filho/à minha filha, _____ as doses necessárias de vacina contra a hepatite B para completar a vacinação. Fui informado/a de que são necessárias pelo menos duas (2) doses para proteger a criança. Fui também informado/a de que o Departamento de Saúde Pública de Toronto está pronto a administrar-lhe as doses necessárias para completar a vacinação contra a hepatite B dentro dos próximos 24 meses.

Data: _____ Assinatura: _____
aaaa/mm/dd (Mãe / Pai / Tutor/a)

Número do telefone durante o dia: (_____) _____

Secção B

O meu filho/a minha filha **já foi vacinado/a** contra a hepatite B. A vacina contra a hepatite B é diferente da vacina contra o Haemophilus influenza tipo b (ou Hib) que é dada aos bebés.

Data da primeira dose _____

Data da segunda dose _____

Data da terceira dose (se foi dada terceira dose) _____

Data das outras doses, se for o caso _____

Secção C

NÃO, eu, abaixo assinado/a, não autorizo o Departamento de Saúde Pública de Toronto a administrar a vacina contra a hepatite B ao meu filho/à minha filha, _____.

Data: _____ Assinatura: _____
aaaa/mm/dd (Mãe / Pai / Tutor/a)

As informações de saúde pessoais que constam do presente formulário são recolhidas pelo Departamento de Saúde Pública de Toronto para o programa relativo às doenças que as vacinas podem prevenir. Para informações sobre as precauções tomadas para preservar a confidencialidade das informações de saúde pessoais, consulte a declaração de confidencialidade do Departamento de Saúde Pública de Toronto em www.toronto.ca/health/information_practice_statement.htm. Se tiver dúvidas a este respeito, queira telefonar para a Linha de Imunização ligando para o número 416 392 1250.

FOR NURSE'S USE ONLY

NURSING ASSESSMENT QUESTIONS	DOSE ONE	DOSE TWO
1. Have you received needles for Hepatitis B immunization before today?	o yes o no	Dose One Date Checked Adequate Spacing Evident <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Initials _____
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	o yes o no	
3. Did you have any reaction to the first Hepatitis B needle? Did you receive any Hepatitis B needle since your first dose?		o yes o no o yes o no
4. Do you understand what the needle is for?	o yes o no	o yes o no
5. Are you allergic to the following: i/ Thimerosal ii/ yeast iii/ aluminium iv/ other	o yes o no o yes o no o yes o no _____	o yes o no o yes o no o yes o no _____
6. Are you sick today with anything more than a cold? Do you have a fever?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
7. Do you have any serious health problems? Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	o yes o no o yes o no Comments: _____	o yes o no o yes o no Comments: _____
8. Are you pregnant? Do you think you might be pregnant?	o yes o no o yes o no	o yes o no o yes o no
Vaccine Information:	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u>IM</u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse	Vaccine: Recombivax Dose: 1 ml or .5ml Lot # _____ R / L deltoid Route: <u>IM</u> Date: _____ Time: _____ _____ Signature of Nurse
Nursing Notes:	[] Self Loaded [] Loaded by: _____	[] Self Loaded [] Loaded by: _____