

## Formulário de Consentimento – Vacina meningocócica MENACTRA®

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): \_\_\_\_\_

Nome da escola: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_

### Aos pais:

a) Queiram preencher uma das secções (**SIM** ou **NÃO**).

b) Indiquem por escrito se a criança já levou uma vacina meningocócica contra a “meningite”.

**SIM**, eu, abaixo assinado/a, autorizo o Departamento de Saúde Pública de Toronto (DSPT), *Toronto Public Health*, a administrar ao meu filho/à minha filha \_\_\_\_\_ uma dose da vacina MENACTRA®. Declaro ter lido a ficha informativa do DSPT sobre a MENACTRA®. Tomei conhecimento das vantagens, dos riscos e da possibilidade de efeitos secundários que pode trazer para a criança a vacinação com MENACTRA®. Tomei igualmente conhecimento de que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento. Se a criança tiver alguma reacção adversa à vacina, irei imediatamente consultar um médico ou uma médica e comunicarei com o DSPT. Presentemente só é necessária uma dose da vacina para proteger a criança.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Nº do telefone durante o dia: \_\_\_\_\_  
aaaa/mm/dd (Mãe / Pai / Tutor/a)

### OU

#### A CRIANÇA JÁ FOI IMUNIZADA COM A/S SEGUINTE/S vacina/s meningocócica/s contra a meningite:

Menomune® \_\_\_\_\_ (data da vacinação)

Men AC® \_\_\_\_\_ (data da vacinação)

MENACTRA® \_\_\_\_\_ (data da vacinação)

Menjugate®/NeisVac-C®/Meningitec® \_\_\_\_\_ (data da vacinação)

### OU

**NÃO**, eu, abaixo assinado/a, não autorizo o Departamento de Saúde Pública de Toronto a administrar ao meu filho/à minha filha \_\_\_\_\_ a vacina MENACTRA®. Tomei conhecimento das consequências possíveis que pode acarretar para a criança o facto de não ser vacinada.

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

#### Queira telefonar para a Linha de Imunização, 416 392 1250:

- Se o seu filho/a sua filha vier mais tarde a ser imunizado/a com uma vacina meningocócica por outros serviços de saúde.
- Se necessitar de mais informações sobre esta vacina.

## FOR NURSE'S USE ONLY

MENACTRA<sup>®</sup> vaccine required :  yes  no

### Nursing Assessment Questions

1. Have you received needles for MENACTRA <sup>®</sup> immunization before today?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
2. Have you ever had a reaction to any immunization in the past?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
3. Do you understand what the needle is for?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
4. Are you allergic to the following: i/ Latex ii/ Diptheria Toxoid iii/ Other	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no _____
5. Have you ever been diagnosed with Guillain-Barre Syndrome (GBS)  (note: GBS is a neurological disorder that causes muscle paralysis)	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
6. Are you sick today with anything more than a cold?  Do you have a fever?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no
7. Do you have any serious health problems, i.e. seizures, paralysis, history of fainting?  Are you taking any medication that may lower your immune system, e.g. anti-cancer agent?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  <input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no  Comments:
8. Do you think you might be pregnant?	<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no

<p><b><u>Nursing Notes:</u></b></p>    	<p><b><u>Vaccine:</u></b> MENACTRA<sup>®</sup>                      <b>Dose:0.5 ml</b></p> <p>Lot # _____</p> <p>R / L deltoid    Route: <u>  IM  </u></p> <p>Date: _____    Time: _____</p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;">Signature of Nurse</p>
---	---