

Pessoas alvos da medida excepcional (pessoas nascidas entre 2/abril de 1995 e 1/abril de 2007) **Até a véspera de completar 20 anos**

Agosto de 2018

Explicativo e Termo de consentimento sobre a VACINAÇÃO CONTRA ENCEFALITE JAPONESA (Idade alvo de maiores de 13 anos pessoas alvo da medida excepcional, caso o responsável não acompanhar) Explicativo da vacina contra Encefalite Japonesa ~ Informações importantes sobre a vacinação.Favor ler sem falta ~

Aos responsáveis: Favor ler sem falta.

Caso o responsável não for acompanhar, assinar o Termo de consentimento no verso e o questionário de vacinação e entregá-lo na instituição médica.

Quando ao responsável que deseja vacinar o filho contra Encefalite Japonesa com idade acima de 13 anos, deverá ler os itens discriminados neste explicativo, compreendê-lo e caso consentir a vacinação, **é possível, assinando o termo de consentimento (no verso) e o questionário de vacinação, receber a vacinação sem acompanhamento do responsável. Levar sem falta este folheto e o questionário de vacinação assinado.**

Para a decisão de efetuar a vacinação, antes de assinar o termo de consentimento e o questionário de vacinação, caso tenha dúvidas, esclareça-as com o médico que irá efetuar a vacinação ou na Divisão de promoção da saúde da região onde reside e somente após uma compreensão satisfatória, efetue a vacinação.

1. Os sintomas da Encefalite Japonesa

A encefalite japonesa é uma doença, que através do contágio do vírus da encefalite japonesa afeta o sistema nervoso central (encéfalo e cordão espinhal). O contágio não é direto (pessoa para pessoa) e sim, transmitida pelo principal vetor, *Culex Tritaeniorhynchus* (espécie de pernilongo encontrados em locais como arrozais) que antes de picar o humano, pica animais como o porco em cujo corpo interno o vírus já tinha sido proliferado.

Na maioria dos casos os sintomas não se manifestam (infecção assintomático) (de acordo a relatórios passado, dentre 100 a 1000 pessoas contagiadas somente uma ficou doente). Porém no caso da manifestação dos sintomas, após um período de incubação de 6 a 16 dias, ocorre febre alta por alguns dias, dor de cabeça, vômitos entre outros e sintomas contínuas e repentinas como hipersensibilidade à claridade, disordem na consciência (perda da consciência), convulsões entre outros, ou seja, disordens relacionadas ao sistema nervoso (deficiência no encéfalo). Na maior parte das pessoas, mesmo elas sendo contagiadas, os sintomas não aparecem. No entanto, caso haja a ocorrência da encefalite, este leva de 20 a 40% de óbito. As situações das ocorrências varia muito de acordo com a região.

Além disso, para informações mais detalhadas, favor verificar a homepage do Centro Nacional de Informações e Pesquisas de Doenças Contagiosas

2. Quanto a eficácia e efeitos colaterais da vacinação contra a Encefalite Japonesa.

Atualmente é utilizada a vacina liofilizada contra a encefalite japonesa. Preparada com o vírus da encefalite japonesa, reproduzido em células Vero (células de origem renal de macaco verde Africano), recolhendo-as e inativando-as com formalina (eliminação da toxina). A criança que efetuar a vacinação irá adquirir uma boa imunidade, que por sua vez, poderá evitar de contrair a encefalite japonesa.

Embora surjam reações alérgicas leves dependendo da vacinação, podem ocorrer também, apesar de ser raro, os efeitos colaterais graves. As reações vistas após a vacinação esta descrita conforme o item abaixo (principais reações adversas da vacina contra encefalite japonesa).

As pessoas que no passado utilizaram a vacina tradicional contra encefalite japonesa, produzida através do cérebro de camundongo, poderão efetuar as doses restantes da fase 1 como da fase 2 utilizando a vacina atual preparada em cultura celular (vacina nova). Com relação a este fato, no ano de 2010 foi realizado uma pesquisa científica pelo Ministério de Trabalho e Saúde avaliando o grau de neutralização dos anticorpos pré e pós vacinação de aproximadamente 288 pessoas (81 pessoas que aplicaram 2 doses na fase 1 da vacina tradicional e a 1ª dose adicional com a vacina nova, 46 pessoas que aplicaram as 3 doses da fase 1 e fase 2 com a vacina atual e 161 pessoas que aplicaram 3 doses da fase 1 com a vacina produzida com o cérebro do camundongo e a fase 2 com a vacina atual).

Com isto, foi verificado uma elevação significativa do nível de anticorpos nas pessoas que aplicam a vacina atual, mesmo tendo anteriormente utilizado a vacina de origem encefálica do camundongo. Além do mais, não houve nenhum relato de conexão entre este método de vacinação com danos graves à saúde.

○ Principais reações adversas da vacina contra encefalite japonesa

Conforme o texto anexo sobre a vacina liofilizada contra encefalite japonesa esta possui 2 tipos (A,B). Os testes com a vacina são realizados de formas diferentes sem estudos comparativos, porém com relação a registros enviados foi comprovado casos de efeitos colaterais, descritos abaixo, em crianças com mais de 6 meses e menos de 90 meses.

Tipo A, teste clínico do mesmo em 123 casos de 6 meses a 90 meses incompletos, dentre os quais 49 casos (39.8%) apresentaram reações adversas, sendo elas as principais: febre (18.7%), tosse (11.4%), coriza (9.8%), eritema no local da injeção (8.9%), sendo que a manifestação da maior parte dessas reações duram até 3 dias após a aplicação da vacina.

Tipo B, dentre 163 casos 84 casos(51,5%) tiveram efeitos colaterais comprovados sendo os principais; febre (21,5%), eritema no local da vacina (16,6%), tosse (8,0%), inchaço no local da vacina (6,7%), coriza (6,7%), erupção cutânea (5,5%), sendo a maioria destes de duração de 3 dias.

Ainda assim, ocorrências de reações graves como choque, os sintomas parecidos com a anafilaxia, Encefalomielite Difusa Aguda (ADEM), febre cerebral, convulsão, Trombocitopenia Purpura Aguda, não se podem ser negadas.

Segundo registro de reações adversas após a vacinação apresentados ao Ministério da Saúde Trabalho e bem-estar social

(baseados em [Vacinações periódicas apropriadamente realizadas]. Este resultado, foi baseado não só na vacina e nos sintomas como também na saúde da pessoa que irá vacinar no dia. Dentro destes também estão não só as reações pela vacina mas também as reações coincidentes.) são 121 casos; 18 casos de convulsão, 7 casos de ADEM e os mais graves 3 casos de encefalite e febre cerebral.

Mais informações, Homepage do Ministério da Saúde trabalho e bem-estar social.

※ Além do mais, há casos de ocorrência da ADEM após aplicação de outras vacinas fora a da encefalite japonesa. E também em outros países houve relatos da ADEM após a vacinação de outros tipos de vacinas de cultura celular.

3. Sistema de Ajuda por Danos à Saúde causadas pela vacinação

- Caso surja danos à saúde como sequelas que comprometem o cotidiano e outros causados por efeitos colaterais da vacina periódica, pode-se obter um subsídio baseado na Lei de Vacinação.
- Um órgão do país que inclui profissionais de várias áreas tais como: vacinação, leis, tratamento de doenças contagiosas, avaliará a relação de causa e efeito para determinar se os danos foram causados pela vacina ou por outro motivo (alguma doença contagiosa contraída pré ou pós vacinação ou ainda por outro motivo). Se for comprovado que os danos à saúde foram causados pela vacina, será fornecido o subsídio.
- Conforme o grau dos danos à saúde é que se define pela Lei de Vacinação o valor a ser pago quanto as despesas médicas, subsídio por tratamento médico, pensão para tratamento médico de crianças deficientes, pensão por deficiência, indenização por falecimento ou despesas com enterro cujo valor a ser subsidiado será conforme a classificação e valor estipulado pela lei. Excluindo a indenização por falecimento ou despesas com enterro, a ajuda será fornecida até que se finalize o tratamento ou até que a sequela seja curada.
- A atual administração da vacina contra encefalite japonesa será realizado para pessoas que nasceram no período de 2 /abril de 1995 à 1/abril de 2007, ou seja, voltado às pessoas com menos de 20 anos. No entanto, passado este período e caso deseje receber a vacinação, este será considerado como vacinação não-baseada na Lei de Vacinação (vacinação opcional). Caso haja danos à saúde por conta desta vacinação, recebe-se o subsídio baseado na Lei de Planejamento Médico e Farmacêutico da Fundação Jurídica Independente, porém, esse valor é cerca de metade comparado ao valor que se receberia com vacinações que são baseados na Lei de Vacinação (quanto as despesas médicas, subsídio por tratamento médico e despesas com enterro, o valor é praticamente igual).
- ※ Caso surja necessidade de solicitar esse subsídio, consulte o médico que o atendeu, ou a Divisão de Promoção da Saúde da região onde reside.

4. Cuidados ao efetuar a vacinação

Quanto à administração da vacinação, como regra geral, efetue num dia que a criança esteja bem de saúde. Caso contrário, consulte o médico que irá efetuar a vacinação, somente depois, decida se irá efetuar a vacinação ou não. As pessoas que se enquadram nas situações abaixo, não poderão receber a vacinação.

- ① Apresenta febre evidente (normalmente acima de 37.5°C)
- ② Possui alguma doença aguda evidente
- ③ Apresentou Anafilaxia devido a alguma substância contida na vacina contra encefalite
- ④ Possui irregularidades evidentes na função imunológica ou que está em tratamento de controle imunológico
- ⑤ Outros, o médico avaliou que a condição não é favorável para a vacinação

【Itens de cuidados às mulheres】

Caso estiver grávida ou com possibilidades de estar, então a vacinação não será possível. Porém, caso for comprovado que os benefícios da vacinação será maior que o risco que o mesmo pode causar, então a vacinação será possível. Portanto, somente após fazer uma consulta com o médico, decida se irá receber a vacina ou não.

Aos responsáveis: Favor, ler com atenção.

Ler com atenção as explicações, compreendê-lo e depois que esclarecer as dúvidas, decidir pela vacinação da criança. Caso, decidir aplicá-lo, assinar a linha do responsável abaixo. **(caso não for assinado, se o responsável não acompanhar no dia, a vacinação não será possível)**. Não é preciso assinar a linha do responsável, caso não deseje vacinar.

Termo de Consentimento

Após ler as explicações sobre a vacina da encefalite japonesa, ciente quanto a eficácia e objetivo da vacinação, da possibilidade de ocorrer acessos devido às reações adversas graves, inclusive, saber e entender o sistema de compensação da vacina. Estou de acordo, com a vacinação de meu filho(a).

Além do mais, estas explicações foram elaboradas para que os responsáveis tenham melhor conhecimento sobre a vacinação. Ciente dos objetivos desta vacinação, estou de acordo que este folheto seja apresentado ao órgão competente da cidade de Hamamatsu.

保護者自署 Assinatura do responsável : _____

住所 Endereço : _____

緊急の連絡先 Contato de emergência (número de telefone ou outros) _____

※ Este folheto torna-se necessário se o responsável não acompanhar a criança na vacinação contra a encefalite japonesa. Se a criança for vacinar sozinho, apresentar sem falta na instituição médica, este folheto e o questionário de vacinação assinado.

Caso este folheto e a linha do responsável do questionário de vacinação não for assinado, e o responsável não acompanhar, será impossível a vacinação.

13歳以上20歳未満用 日本脳炎予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA ENCEFALITE JAPONESA

3

Uso exclusivo para pessoas acima de 13 anos até 20 anos incompletos, com acompanhamento do responsável ou que são casados. (Aqueles que nasceram entre 2/4/1995 a 1/4/2007)

Favor preencher os espaços em branco e circular a resposta apropriada (principalmente os quadros em negrito)

接種回数	第2期	第1期初回 1回目分 として接種	第1期初回 2回目分 として接種	第1期 追加分 として接種
	25	21	22	24

Data da vacinação <small>申込年月日</small>	Ano年	Mês月	Dia日					
Endereço <small>住所</small>	Hamamatsu-shi			Temperatura <small>診察前の体温</small>	℃			
				Telefone <small>電話</small>				
フリガナ				Sexo 性別 () M 男 () F 女	Data de Nascimento <small>生年月日</small>	ano 年	mês 月	dia 日
Nome da criança <small>受ける人の氏名</small>						anos e 歳	meses ヶ月	

Perguntas	Respostas	Dr.
Sobre o desenvolvimento da pessoa que receberá a vacinação: 接種を受ける方の発育歴についておたずねします Ao nascer o peso foi baixo ou apresentou alguma irregularidade nos exames infantis? <small>生まれた時の体重が少なかったり、出産時、出産後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか</small>	Sim はい	Não いいえ
Está com algum problema de saúde hoje? 今日体に具合の悪いところがありますか Caso sim, indique os sintomas: 具体的な症状を書いてください ()	Sim	Não
Esteve doente nestes últimos trinta dias? 最近1ヵ月以内に病気がかかりましたか Caso sim, indique a doença 病名 ()	Sim	Não
Você recebeu alguma vacina nestes últimos trinta dias? (Caso sim, descrever a data e circular o tipo da última vacina) <small>最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか (受けた場合には最後に接種した年月日とワクチンの種類に○を記入してください)</small> Data 接種年月日 ano年 mês月 dia日 •Difteria / Tétano DT •Encefalite Japonesa 日本脳炎 •Vacina contra câncer uterino子宮頸がん予防 •Outrosその他 ()	Sim	Não
Desde o nascimento até a presente data, a criança foi examinada devido a anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, neurológica, imunodeficiência ou outra doença grave? Está tendo acompanhamento médico? 生まれてから今までに <small>先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか</small> Caso sim, indique a doença 病名 ()	Sim	Não
O médico que acompanha esse problema autorizou a vacinação de hoje? <small>その病気を診てもらっている医師に今日の接種を受けてよいといわれましたか</small>	Não	Sim
Já teve convulsão alguma vez? ひきつけをおこしたことがありますか Caso sim, com que idade? () anos 歳頃	Sim	Não
Na ocasião apresentou febre? そのとき熱が出ましたか	Sim	Não
Já teve urticária ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento ou, ao utilizar produto feito por borracha ou metal? 薬や食品、ゴム製品、金属などで皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか Nome do alimento • medicamento • produto? 薬・食品・製品名 ()	Sim	Não
Tem algum parente próximo com imunodeficiência congênita? 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	Sim	Não
Já passou mal alguma vez após ser vacinado? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか Caso sim, qual foi a vacina? 予防接種の種類 ()	Sim	Não
Algum parente próximo já passou mal alguma vez após ser vacinado? 近親者に接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	Sim	Não
Está grávida ou com suspeitas de gravidez (ex., menstruação atrasada, etc.)? 現在妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか	Sim	Não
Tem alguma dúvida com relação à vacinação de hoje? 今日予防接種について質問がありますか	Sim	Não

医師の記入欄 Uso médico	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は <small>Através do resultado, a vacinação de hoje será:</small>	3 可能 Possível	2 見合わせる Adiada	医師のサイン <i>Assinatura do médico</i>
	接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。A pessoa a ser vacinada recebeu a explicação sobre a eficácia e os efeitos colaterais da vacina, inclusive sobre o Sistema de Compensação por danos causados pela vacinação.			

Considerando-se o histórico de doenças, estado de saúde e a condição física de seu filho(a) no dia da vacinação, entre outros, você consente a vacinação de hoje?	Sim 同意します	Não 同意しません	<i>Assinatura do responsável</i> 保護者自署
Este questionário tem como objetivo assegurar a qualidade da vacinação preventiva. Ciente deste fato, concordo que este questionário seja apresentado à cidade de Hamamatsu.			

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
ワクチン名	0.5 mL	実施場所		
Lot No.		医師名		
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日(非接種判定日)	年	月 日