

Instruções sobre a vacina Pneumocócica 23 - valente (Pneumovax[®] NP)

1 Favor verificar

(1) É elegível para o subsídio, o cidadão de Hamamatsu que se enquadrar na condição ① ou ②.

① Está com 65 anos de idade no dia da vacinação.

② Está com 60 anos ou mais no dia da vacinação, e possui caderneta para deficiente físico, etc. que comprova ser portador de insuficiência cardíaca, renal, respiratória ou disfunção imunológica.

※ O Cupom para vacinação será enviado à pessoa que se enquadrar na condição ①. É necessário entregar este cupom na instituição médica.

※ Não se enquadra para o subsídio, a pessoa que tomou a vacina Pneumocócica 23 há menos de 5 anos. (O valor pago não será restituído).

(2) **Valor a ser pago: ¥4.500**

※ Para os beneficiários do *Seikatsu Hogo* será enviado cupom de vacinação gratuita.

A família cujo todos membros são isentos de Imposto Residencial que deseja receber o cupom de vacinação gratuita, é necessário solicitar antecipadamente no Centro de Promoção da Saúde listado no verso (caso tenha vacinado antes de obter o cupom, não haverá restituição do valor).

(3) **Nº de doses: dose única**

Esta vacina não necessita de dose anual como a vacina contra influenza. Antes de solicitar, favor verificar o seu histórico de vacinação.

2 Sobre a vacina Pneumocócica

(1) **Efeito da vacina**

A vacina Pneumocócica 23-valente (nome comercial: Pneumovax[®] NP) é ministrada às pessoas com risco elevado de infecção bacteriana causada por pneumococo. Esta vacina previne doenças causadas por 23 tipos da bactéria *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). Para pessoa saudável, a proteção é eficaz por cerca de 5 anos e é desnecessário dose anual como a vacina contra influenza.

(2) **Reações Adversas**

◆ Reação comum (desaparece em 1 a 2 dias)

Reação da injeção (dor, vermelhidão, inchaço, coceira), dor de cabeça, dor na região da axila

◆ Reação grave (rara)

Choque anafilático, trombocitopenia, síndrome de Guillain-Barré, reação semelhante a celulite, etc.

※ Caso apresente alguma reação anormal, consulte de imediato a instituição médica em que foi vacinado.

3 Antes da vacinação

Caso tenha qualquer preocupação, dúvida, etc. consulte o médico que aplicará a vacina. Recomendamos tomar a vacina se estiver convicto.

O questionário para vacinação é muito importante para o médico determinar se vacinará ou não. Portanto, a pessoa que será vacinada deverá transmitir informações corretas ao médico, se responsabilizando pelo preenchimento.

(1) Quem não pode ser vacinado

- ① Pessoa com febre (temperatura acima de 37,5°)
- ② Pessoa com doença aguda grave
- ③ Pessoa com histórico de anafilaxia
- ④ Outros, quando o médico considerar inadequado vacinar

(2) Quem requer atenção especial para vacinar

- ① Pessoa com doença subjacente como doença cardiovascular, renal, hepática, sanguínea, etc.
- ② Pessoa que já teve febre por 2 dias após ser vacinada, sintoma alérgico com erupções cutânea, etc.
- ③ Pessoa com histórico de convulsão.
- ④ Pessoa com imunodeficiência, ou que tenha parente próximo com imunodeficiência congênita.
- ⑤ Pessoa com possibilidade de ser alérgico a algum componente da vacina.
- ⑥ Pessoa que já tomou a vacina Pneumocócica 23-valente.

※ A pessoa que tomou a vacina Pneumocócica há menos de 5 anos, ao ser vacinado novamente, poderá ter reação mais forte como dor, vermelhidão, rigidez no local da injeção, etc.

4 Cuidados após a vacinação

- ① Evitar atividade física intensa no dia que foi vacinado.
- ② Poderá tomar banho, mas não deve esfregar o local da injeção.
- ③ Poderá ter febre, além de dor, inchaço, vermelhidão no local da aplicação, mas geralmente as reações são leves e desaparecem em poucos dias.
- ④ Observar a condição de saúde e caso apresente febre alta ou qualquer reação anormal, consultar o médico de imediato.

5 Sistema de Auxílio por danos à saúde devido a vacina

Quando o Ministério da Saúde, Bem-estar e Trabalho reconhecer que a reação foi causada pela vacina, será concedido auxílio pelos danos à saúde de acordo com a Lei de Imunização.

Em caso de dúvidas, contatar o Centro de Promoção de Saúde mais próximo ou a Divisão de Promoção de Saúde Pública.

【Centro de Promoção da Saúde Chuo	na Subprefeitura Chuo】	☎053-457-2891
【Centro de Promoção da Saúde Chuo	no Centro Administrativo Higashi】	☎053-424-0125
【Centro de Promoção da Saúde Chuo	no Centro Administrativo Nishi】	☎053-597-1120
【Centro de Promoção da Saúde Chuo	no Centro Administrativo Minami】	☎053-425-1590
【Centro de Promoção da Saúde Hamana	na Subprefeitura Hamana】	☎053-585-1171
【Centro de Promoção da Saúde Hamana	no Centro de Saúde Hosoe】	☎053-523-3121
【Centro de Promoção da Saúde Tenryu	na Subprefeitura Tenryu】	☎053-925-3142
【Divisão de Promoção de Saúde Pública】		☎053-453-6116

19

高齢者用肺炎球菌(ニューモバックスNP)予防接種予診票
QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO DA PNEUMOCÓCICA 23-VALENTE (PNEUMOVAX NP) AOS IDOSOS

医療機関確認欄							
1 対象 年齢内	対象年齢外				区分	無料	
	2 心	3 腎	4 呼	5 免		6 生保	7 非課税
接種券番号							

Favor preencher à caneta os espaços em branco e circule as respostas correspondentes.
(Preencher com cuidado principalmente os quadros em negrito)

Temperatura 診察前の体温			℃
Endereço 住所	Hamamatsu-shi		Telefone 電話
フリガナ		Sexo 性別 () M 男 () F 女	Data de Nascimento 明治 大正 昭和 生年月日
Nome da pessoa a vacinar 受ける人の氏名			Ano mês dia 年 月 日
			Idade 年齢 anos歳

Questões	Respostas	Dr. 欄
Você leu o explicativo sobre a vacinação que irá efetuar hoje? 今日受ける予防接種について説明書を読みましたか	Não いいえ	Sim はい
Você está ciente dos efeitos e reações adversas que a vacina possa vir a causar? 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	Não	Sim
【Importante】 Verificar sem falta. 【重要】必ず確認してください Já efetuou a vacina da Pneumocócica 23-valente (Pneumovax NP) aos idosos alguma vez ? 高齢者用肺炎球菌ワクチン(ニューモバックス)の接種をうけたことがありますか	Sim	Não
Caso já tenha efetuado, quando efetuou ? 接種したことがある場合は接種年月日 (ano年 mês月 dia日)		
Desde a última vez que efetuou, passou mais de 5 anos ? 前回接種してから5年経過していますか	Mais de 5 anos	Não é alvo do subsídio 公費対象外です
	Menos de 5 anos	
Teve mal-estar na ocasião da vacinação ? その際に具合が悪くなったことはありますか	Sim	Não
Já teve mal-estar na ocasião da vacinação de algum tipo de vacinação preventiva, além desta da Pneumocócica 23-valente ? 肺炎球菌ワクチン以外の予防接種の際や、薬・食品によって具合が悪くなったことはありますか	Sim	Não
Atualmente, você está doente? 現在、何か病気にかかっていますか	Sim	Não
Indique a doença: 病名 ()		
Está fazendo tratamento? (recebendo medicação, etc.) 治療(投薬など)を受けていますか	Sim	Não
O médico responsável pelo tratamento autorizou a vacinação de hoje? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	Não	Sim
Foi diagnosticado alguma vez como sendo portador de imuno-deficiência? 免疫不全と診断されたことがありますか	Sim	Não
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	Sim	Não
Caso sim, indique os sintomas 具合の悪い症状を書いて下さい ()		
Já apresentou convulsão alguma vez? ひきつけ(けいれん)を起したことがありますか	Sim	Não
Efetuoou alguma vacinação neste último mês? (Caso sim, favor descrever a data e o tipo da última vacinação) 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか(ある場合には最後に接種した年月日と予防接種を書いてください)	Sim	Não
Data efetuada 接種年月日 ano年 mês月 dia日		
Tipo de vacinação 予防接種の種類 ()		
Já apresentou alguma doença rara ou doenças cardíacas, renais, hepáticas ou hematológicas? 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか	Sim	Não
Nome da doença 病名 ()		
Caso sim, o médico responsável autorizou a vacinação de hoje? その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	Não	Sim
Neste último mês apresentou febre ou esteve doente? 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	Sim	Não
Caso sim, qual a doença 病名 ()		
Tem alguma dúvida com relação à vacinação de hoje? 今日の予防接種について質問がありますか	Sim	Não

医師の 記入欄 Use médico	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は De acordo com o resultado, a vacinação de hoje será	3 可能 Possível	2 見合わせる Adiada	医師のサイン Assinatura do médico (注)ワクチンの種類・有効期限を要確認
	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 própria pessoa que receberá a vacinação recebeu a explicação sobre a eficácia e os efeitos colaterais da vacina inclusive sobre o sistema de compensação por danos causados pela vacinação.			

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	筋肉内・皮下	実施場所
Lot No.	0.5 mL	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

Solicitação da vacinação da Pneumocócica 23-valente (Pneumovax NP) aos idosos 高齢者肺炎球菌予防接種希望書

(Preencha após a realização do exame e receber a autorização médica). (医師の診察の後に記入してください)

Eu, após avaliação médica e recebida a devida explicação e ciente da eficácia, objetivo e possíveis efeitos colaterais graves da vacina, gostaria de receber a imunização. Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação preventiva.

Assim, estando ciente deste fato, estou de comum acordo de que as informações acima sejam compartilhadas com divisões públicas da cidade de Hamamatsu.

DATA: Ano年 Mês月 Dia日 Assinatura 被接種者自署: _____

(representante parentesco)

(※Caso o próprio não esteja em condições de assinar, pedimos que o acompanhante (familiar próximo) escreva o nome da pessoa a ser vacinada e assine em seu lugar, indicando a relação com a pessoa a ser vacinada).