

PESSOAS QUE DESEJAM EFETUAR A VACINA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DO COLO UTERINO (HPV) ~ INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A VACINAÇÃO. FAVOR LER SEM FALTA ~

1. O Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer do colo uterino.

- (1) O câncer do colo uterino, aparece no cervix (entrada do útero), aumentando rapidamente nas mulheres de 20 a 30 anos. Há informações de que no Japão aproximadamente 11,000 mulheres são afetadas pela doença. Na fase inicial o câncer do colo uterino não apresenta sintomas que possam ser percebidos, e geralmente se descobre a doença tarde. Quando o câncer evolui pode haver sangramentos irregulares durante o ato sexual.
- (2) O câncer do colo uterino, é uma doença causada com a infecção do vírus chamado HPV cancerígeno.
- (3) Na maioria dos casos a infecção do HPV cancerígeno é temporária, onde o vírus é eliminado naturalmente do organismo. No entanto, se a infecção continuar por um longo período, esta poderá ocasionar o câncer do colo uterino.
- (4) É comum que a mulher que já teve contato sexual ao menos uma vez ao longo da vida já foi infetada.
- (5) Existem mais de 200 tipos de HPV, se sabe que no mínimo 15 tipos ocasionam o câncer do colo uterino. Dentro destes o HPV 16, HPV 18 são os tipos de vírus mais encontrados no câncer do colo uterino, no Japão estes dois tipos de vírus são encontrados em 50%~70% de pacientes.

2. Com relação da vacina preventiva de câncer do colo uterino

- (1) Existem três tipos de vacina preventiva de câncer de colo uterino [Cervarix®], [Gardasil®] e [Silgard®9]
[Cervarix®] Vacina preventiva do HPV 16 e HPV18.
[Gardasil®] Vacina preventiva do tipo HPV tipo6, tipo11, tipo16 e tipo18.
[Silgard®9] Vacina preventiva do tipo HPV tipo6, tipo11, tipo16, tipo18, tipo31, tipo33, tipo45, tipo52 e tipo58.
※O HPV tipo16, tipo18, tipo31, tipo33, tipo45, tipo52 e tipo58 são os principais causadores do câncer uterino.
※O HPV tipo 6 e tipo11 são os principais causadores de Condiloma acuminado.
- (2) Como é efetuada a vacinação
[Cervarix®] Aplicado no ante braço dentro do músculo. 1ª aplicação (1ª dose), 1 mês depois (2ª dose), 6 meses depois da 1ª dose(3ª dose).
[Gardasil®] Aplicado no ante braço dentro do músculo, 1ª aplicação(1ª dose), 2 meses depois(2ª dose), 6 meses depois da 1ª dose(3ª dose).
[Silgard®9] Aplicado no ante braço dentro do músculo, 1ª aplicação(1ª dose), 2 meses depois(2ª dose), 6 meses depois da 1ª dose (3ª dose). Porém, pode terminar a vacinação se antes de completar os 15 anos se aplica a 1ª dose e 6 meses após aplica a (2ª dose). Tem igual validade que aplicando 3 doses.
- (3) Pontos para tomar cuidado
 - ① A vacina preventiva de câncer de colo uterino não previne todos os tipos de câncer uterino.
 - ② Em pessoas já contagiadas no momento da vacinação, a vacina preventiva do câncer de colo uterino, não tem o efeito de: remover o vírus; retardar o avance do câncer de útero ou dos transtornos que antecedem ao câncer (das células anormais antes de se converter em cancerígenas); fazer o tratamento.

3. As seguintes pessoas favor não vacinar

- ① Se estiver com febre evidente (normalmente, acima de 37.5°C).
- ② Se tiver alguma doença aguda grave.
- ③ Se tiver hiper sensibilidade (normalmente, são sintomas que aparecem dentro de 30 minutos após vacinação, e que acarreta reações graves, como dispnéia (dificuldade de respirar) ou urticária generalizada, inclusive reações alérgicas graves) devido aos componentes da vacina (maiores detalhes, consulte o médico).
- ④ Outros, foi orientado pelo médico a não receber a vacina.

4. As seguintes pessoas favor consultar o médico antes da vacinação

- ① Que tenham pouca quantidade de plaquetas ou sangramento frequente.
- ② Pessoas com doenças cardiovasculares, renais, hepáticas, sanguíneas, enfermidades como a deficiência no desenvolvimento básico.
- ③ No passado, após dois dias da vacinação, apresentou febre.
- ④ Se teve convulsões no passado.
- ⑤ Apresentou uma condição imunológica irregular no passado ou tem parente consanguíneo com imunodeficiência congênita.
- ⑥ Se estiver grávida ou com suspeita de gravidez (incluindo o período durante a vacinação das 3 doses).
- ⑦ Se estiver amamentando.
- ⑧ Pessoas que já realizaram a vacinação com outro tipo de vacina HPV.

Vide verso

5. Principais reações adversas

(1) Após a vacinação se apresentam as seguintes reações conforme segue.

Frequencia que se apresenta	Cervarix® 2 agentes	Gardasil® 4 agentes	Silgard® 9 agentes
Mais do 50%	Dor aguda, vermelhidão, inchaço cansaço	Dor aguda	Dor aguda
10% a 50%	Coceira, dor abdominal, dor muscular, dor articular, dor de cabeça, outros.	Vermelhidão, inchaço	Inchaço, vermelhidão, dor de cabeça
1% a 10%	Urticaria, tontura, febre, outros	Dor de cabeça, sensação de coceira, febre	Tontura, náusea, diarreia, sensação de coceira, febre, cansaço, sangramento interno, outros
Menos de 1%	Sensibilidade anormal no local onde foi injetado, hipoesteria, moleza no corpo inteiro	Diarréia, dor abdominal, dor nas extremidades, osteomuscular endurecimento, sangramento, sensação de desconforto, forte dor corporal, outros.	Vômito, dor abdominal, dor muscular, dor articular, sangramento, hematoma, forte dor corporal, endurecimento, outros.
Frequencia desconhecida	Dor nas extremidades, desmaio, linfadenopatia.	Desmaio, vômito, dor nas articulações, dor muscular, cansaço, outros.	Hipoesteria, desmaio, dor nas extremidades, outros.

(2) Raramente, as seguintes reações adversas podem ocorrer: reações de hipersensibilidade (reação anafilática ou reação anafilatoide <dispnéia, inchaço nos olhos ou ao redor dos lábios> espasmo brônquico <falta de ar repentina> urticária, outros); Síndrome de Guillain-Barre (paralisia nos membros inferiores do corpo, que se espalha de baixo para cima); Púrpura trombocitopênica (sangramento pelo nariz, sangramento da gengiva, aumento do sangramento menstrual, outros), Encefalomielite disseminada aguda (paralisia, distúrbios perceptuais, distúrbios motores, outros). Se surgir algum destes sintomas, consulte o médico imediatamente.

6. Sistema de Indenização por Danos Causados à Saúde pela Vacinação

(1) Caso surja danos à saúde que precise de tratamento médico ou sequelas que comprometem o cotidiano e outros, causados por efeitos colaterais da vacina periódica, pode-se obter um subsídio baseado na Lei de Vacinação.

(2) 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, 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.

(3) Porém, 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 a saúde foram causados pela vacina, será fornecido o subsídio.

※ Para consultas sobre o requerimento do subsídio, entre em contato com a Divisão de Promoção a Saúde Pública (telefone: 053-453-6119).

子宮頸がん予防ワクチン接種予診欄(保護者が同伴する場合)

QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO CONTRA

CÂNCER DO COLO UTERINO(HPV)(COM ACOMPANHAMENTO DOS RESPONSÁVEIS)

(受ける人が16歳未満で保護者が同伴する場合、受ける人が16歳以上の場合)

シルガード9 SIL GARD®9	ガーダシル GARDASIL®	サーバリックス Cervarix®
----------------------	--------------------	----------------------

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

回数	1回目	2回目	3回目
	1	2	3

Data da vacinação 申込年月日	Ano年 Mês月 Dia日	Sexo 性別	Temperatura 診察前の体温	°C	
Endereço 住所	Hamamatsu-shi		Telefone 電話		
フリガナ		Sexo 性別	Data de Nascimento 生年月日	ano年	mês月
Nome da pessoa a ser vacinada 受ける人の氏名			F 女	dia日	
Responsável 保護者の氏名			Idade 年齢	anos e 歳	meses 月

Perguntas		Respostas		Dr.										
Você leu e entendeu as instruções para vacinação contra o HPV 説明書を読み、理解しましたか		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ヵ月以内に病気にかかりましたか 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) 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) 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											
Você já recebeu alguma vacina para prevenção do câncer do colo do útero これまでに子宮頸がん予防ワクチンを受けたことがありますか		Sim	Não											
Caso ter efetuado a vacinação, circule o nome da vacina realizada e insira a data da vacinação ある場合は接種したワクチンに○をして接種年月日を記載してください	<table border="1"> <tr> <td>1回目</td> <td>(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)</td> <td rowspan="3">種類・間隔</td> </tr> <tr> <td>1dose</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>2回目</td> <td>(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)</td> </tr> <tr> <td>2dose</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	1回目	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)	種類・間隔	1dose	年 月 日	2回目	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)	2dose	年 月 日				
1回目	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)	種類・間隔												
1dose	年 月 日													
2回目	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス)													
2dose	年 月 日													
Desde o nascimento até a presente data, 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 Caso sim, indique a doença 病名 ()		Sim	Não											
O médico que faz o acompanhamento desta doença autorizou a vacinação de hoje? 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		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, exantema na pele ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento ou, ao utilizar produto feito de 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 medicamento •alimento •produto 薬・食品・製品名 ()		Sim	Não											
Tem parente próximo diagnosticado 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? 近親者に予防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 suspeita de gravidez (ex., menstruação atrasada, etc.)? 妊娠や妊娠している可能性はありますか (Atenção!!)A vacinação não é recomendada para gestantes ou aquelas que suspeitam estarem grávidas (注)妊娠または妊娠している可能性のある方への接種は望ましくありません		Sim	Não											
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 Uso médico	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は Através do resultado, a vacinação de hoje será: 保護者(接種を受ける人が16歳以上の場合は本人)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。O responsável recebeu a explicação sobre a eficácia e os efeitos colaterais da vacina, inclusive sobre o Sistema de Compensação por danos a saúde causados pela vacina.	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												

Concorda com que a vacinação seja realizada, ciente e mesmo considerando o histórico de doenças, estado de saúde e condição de saúde, outros no dia da vacinação.	Sim 同意します	Não 同意しません	Assinatura do responsável 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 Lot No.	(筋肉内接種) 0.5 mL	実施場所	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	