

**FORMULÁRIO DE VACINAÇÃO CONTRA
CÂNCER DO COLO UTERINO(HPV) E CONCORDÂNCIA ESCRITA
(CRIANÇA COM IDADE DE 13 A 15 ANOS, NÃO ACOMPANHADA DO RESPONSÁVEL)
~ EXPLICAÇÕES ANTES DA VACINAÇÃO DO HPV ~**

○ Aos responsáveis: a leitura deste documento é imprescindível

Até agora era solicitado que o responsável acompanhasse a criança no dia da vacinação, porém somente nos casos da vacinação contra a infecção pelo papilomavírus humano, para crianças com idade maiores de 13 anos, a criança pode ser vacinada sem o acompanhamento do responsável, desde que o responsável tenha lido, compreendido e assinado a concordância escrita no verso desta folha, permitindo a vacinação. (Certifique-se de que entregue este documento no dia da vacinação).

Em caso de dúvidas consulte o seu médico ou no setor responsável pela vacinação da Divisão de Promoção a Saúde, antes de assinar este questionário de avaliação, para ter a certeza de que entendeu perfeitamente os riscos e benefícios da vacinação antes de autorizá-la.

1 Sintomas da infecção pelo papiloma vírus humano (HPV)

O papilomavírus humano, que pode infectar a pele e mucosas, é classificado em mais de 200 tipos diferentes. Os vírus que infectam a mucosa normalmente invadem a mucosa genital através de uma pequena ferida na membrana mucosa causada pelo ato sexual. No exterior, estima-se que mais de 50% das mulheres sexualmente experientes, sejam infectadas por esse vírus pelo menos uma vez na vida.

Dos HPV que infectam a mucosa, pelo menos 15 tipos são detectados em cânceres de colo do útero, sendo chamados de "HPVs de alto risco". Dois tipos de HPV particularmente de alto risco, os do tipo 16 e do tipo 18, são frequentemente detectados, e estudos indicam que os dois vírus estão envolvidos em cerca de 70% dos cânceres de colo do útero, no exterior. No exterior, além do câncer de colo útero, suspeita-se que pelo menos 90% dos cânceres anais e 40% dos cânceres vaginais, vulvares e penianos estejam conectados com esses dois vírus. Sabe-se que os vírus que não são classificados em categorias de alto risco, causam a verruga genital benigna do condiloma acuminado.

2 Benefícios e efeitos colaterais da vacinação

A vacina inclui componentes virais de vários tipos de papilomavírus humano (HPVs), sendo que as crianças vacinadas adquirem imunidade a esses vírus. Uma criança que foi imunizada está protegida contra os HPV.

A vacinação pode causar efeitos colaterais leves e muito raramente efeitos colaterais graves.

【Principais reações adversas à vacina contra o HPV】

(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, coação, 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, etc.); 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, etc.), Encefalomielite disseminada aguda (paralisia, distúrbios perceptuais, distúrbios motores, etc.). Se surgir algum destes sintomas, consulte o médico imediatamente.

3 Sobre o Sistema de assistência para pessoas com a saúde debilitada devido a vacina

- Uma pessoa com efeitos colaterais causados pela vacinação de rotina, e que necessite de tratamento médico cuja a capacidade de executar atividades diárias tenha sido prejudicada devido aos danos, pode ser indenizada pelo governo, de acordo com a Lei de Vacinação Preventiva.
- A indenização consiste no pagamento de despesas médicas, benefícios médicos, pensão especial para crianças com deficiência, indenização por morte e despesas de funeral, nos valores especificados pela lei, de acordo com a gravidade da lesão. Todas as indenizações exeto benefícios por morte e despesas de funeral, serão pagas de forma contínua até a conclusão do tratamento ou melhora da saúde.
- Porém, a indenização será paga ao paciente após a causa da lesão ser comprovada como resultante da vacinação. Esta comprovação será realizada pelo Comitê de Análise do Governo composto por especialistas em vacinação medicina infecciosa, legislação e outras disciplinas relacionadas, que discutiram a relação casual relevante com a vacinação, ou seja, se a lesão em questão foi causada pela vacinação ou por outros fatores (infecção anterior ou posterior a vacinação ou outras causas).
- ※ Caso necessite de um pedido de indenização consulte na Divisão de Promoção a Saúde Pública (tel: 053-453-6119).

4 Cuidados para a vacinação

A criança a ser vacinada deve estar com boas condições de saúde. Se seu filho estiver doente, consulte seu médico e decida se você deve ou não vaciná-lo.

Se seu filho apresentar qualquer um dos seguintes sintomas, não poderá ser vacinado.

- 1) Febre evidente (37.5°C ou superior)
- 2) Evidentemente tem doença aguda grave.
- 3) Histórico de anafilaxia causada por qualquer componente da preparação desta vacina.
- 4) Outras condições que o médico considerar inadequadas .

Porém, pessoas grávidas requerem de muito cuidado para a vacinação. Consulte bem com o médico.

○ Aos responsáveis: **Certifique-se do conteúdo abaixo.**

Após a leitura cuidadosa e a compreensão total das informações acima, decida se seu filho deve ou não ser vacinado. Caso optar pela vacinação, assine esta folha na parte da concordância e escolha qual o tipo da vacina. **(Sem a sua assinatura, a vacinação não será permitida).**

Concordância

Após ler as explicações sobre a vacinação contra o papiloma vírus humano, ciente quanto a eficácia, possíveis efeitos colaterais graves e do Subsídio por Danos à Saúde causados pela vacinação, estou de acordo com a vacinação de minha filha.

E, ciente do fato de que estas explicações foram elaboradas com o objetivo de aprofundar o conhecimento dos responsáveis pela vacinação, estou de acordo que este folheto seja apresentado ao órgão competente da cidade de Hamamatsu.

Assinatura do responsável 保護者自署

Endereço 住所

Contato de emergência (número de telefone ou outros) 緊急の連絡先(電話番号等)

Tipo da vacina Silgard 9 Guardasil Cervarix

※Círcule a vacina de sua escolha

※A apresentação deste folheto, tornase necessária no caso do responsável não acompanhar a filha para vacinar contra o câncer do colo uterino. Crianças com 13 a 15 anos podem vacinar sem a presença do responsável, presente este explicativo e o questionário de vacinação assinados, na instituição médica.

Sem este explicativo e sem a assinatura do responsável no questionário de vacinação, a vacinação não será permitida sem o acompanhamento do responsável.

子宮頸がん予防ワクチン接種予診欄(保護者が同伴しない場合) QUESTIONÁRIO DE VACINAÇÃO CONTRA CÂNCER DO COLO UTERINO(HPV)

(Usar em caso de não estar acompanhado do responsável)

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

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

回数	1回目 1	2回目 2	3回目 3
----	----------	----------	----------

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

Perguntas				Respostas		Dr.
Você leu e entendeu as instruções para vacinação contra o HPV HPVワクチン予防接種について説明書を読み、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				1回目 1dos 2dose	(シルガード9・ガーダシル・サーバリックス) 年 月 日 (シルガード9・ガーダシル・サーバリックス) 年 月 日	種類・間隔
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 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: 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 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				