

# Explicativo da vacinação periódica da Rubéola fase 5

## Em relação ao subsídio económico para a vacinação periódica de Rubéola fase 5

風しんの第5期の定期接種の費用助成について。

### (1) Pessoas alvo do subsídio : Pessoas do sexo masculino, nascidas entre 2 de abril do 1962 a 1 de abril do 1979 com baixo nível de anticorpos da Rubéola.

- ※ A prefeitura enviará o cupão para as pessoas alvo. As pessoas que receberam o cupão poderão vacinar só após ser reconhecidas com insuficiente nível de anticorpos no resultado do exame de anticorpos.
- ※ Pessoas que desejam emissão do cupão favor de entrar em contato com a divisão encarregada da prefeitura onde tem o endereço registrado.

### (2) Valor a ser pago por conta própria : gratuito

### (3) Quantidade de vezes de vacinação : 1 vez

- ### (4) O que levar :
- ① O cupão
  - ② Documento para comprovar o resultado do exame de anticorpos da rubéola.
  - ③ Documento de identificação pessoal (cartão do seguro de saúde, etc)

## 1. Sobre a vacina conjugada de Sarampo e Rubéola

麻疹・風しん混合ワクチンについて

### (1) Eficácia da vacina

Se diz que anedor do 95% das pessoas podem obter imunidade contra o Sarampo e Rubéola com 1 dose da vacina conjugada de Sarampo e Rubéola (vacina MR).

### (2) Reações colaterais

#### ◆ Principais reações colaterais

Imediatamente após a vacinação, até alguns dias: erupções cutâneas, urticária, eritema, coceira, febre, outros.

De 5 a 14 dias após a vacinação: 1 a 3 dias de moleza, mal humor, febre, erupções cutâneas, outros.

Reação no local da injeção: vermelhidão, inchaço, endurecimento (caroço), dor aguda, outros

#### ◆ Reações colaterais graves (reações que muito raramente acontecem)

- ① Reação anafilática
- ② Trombocitopenia
- ③ Encefalomielite disseminada aguda
- ④ Encefalite・Encefalopatia
- ⑤ Convulsão

- ※ Em caso de anomalia consulte o médico que realizou a vacinação rapidamente.

## 2. Antes de vacinar

予防接種を受ける前に

Leia atentamente o explicativo para estar ciente sobre o efeito, bem como os efeitos colaterais da vacina. Havendo dúvidas ou se não entender direito, consulte como médico com quem irá vacinar. Não vacine caso não esteja totalmente convencido.

No questionário consta informações importantes para o médico decidir se é possível ou não a vacinação. É dever da própria pessoa (a servacinada), preencher o formulário com total responsabilidade, informando corretamente ao médico que realizará a vacinação.

### (1) Pessoas que não poderão vacinar

- ① É evidente que está com febre (mais de 37.5°C)
- ② É evidente que sofre de doença aguda.
- ③ É evidente que já apresentou anafilaxia devido a substância da vacina ou outros medicamentos.
- ④ Outros, quando o médico julgar que não é conveniente vacinar

## **(2) Pessoas que precisam de consultar cuidadosamente como médico para realizar a vacinação.**

- ① Portadores de doenças cardiovasculares, renais, hepáticas, hematológicas assim como deficiência no desenvolvimento, entre outros.
- ② Já apresentou febre dentro de 2 dias após a vacinação ou sintomas suspeito de alergia como erupção no corpo inteiro, entre outros.
- ③ Teve histórico de convulsão no passado.
- ④ Já foi diagnosticado que tem imunodeficiência ou tem parente próximo com imunodeficiência congênita.
- ⑤ Pessoas que tem risco de ter reações alérgicas a alguma substância da vacina.
- ⑥ Época de epidemia entre famílias ou amigos próximos de doenças como sarampo, rubéola, catapora (varicela), caxumba entre outras, as pessoas que ainda não tiveram essa doença.

## **3 Os cuidados após a vacinação**

予防接種を受けた後の注意

- ① Após a vacinação permanecer durante 30 minutos na instituição médica para contatar imediatamente o médico em caso de necessidade.
- ② Tomar cuidado com os efeitos colaterais e o estado de saúde durante 4 semanas após a vacinação.
- ③ Não há problema em tomar banho. Porém evite esfregar o local da vacina.
- ④ No dia da vacinação realize as atividades do dia a dia normalmente conservando o local da vacinação limpo e higiênico. Porém evite exercícios pesados e excesso de consumo de álcool.
- ⑤ Após a vacinação em caso de febre alta, convulsão ou outras reações anormais, consulte imediatamente o médico.

## **4 Sobre o sistema de assistência que atende pessoas com saúde prejudicada devido a vacinação**

予防接種健康被害救済制度について

Em caso de haver prejuízos a saúde causados pela vacinação e sendo estes devidamente reconhecidos pelo ministro de saúde trabalho e bem estar, de acordo com a lei de vacinação, será aplicado o sistema de assistência que atende pessoas com saúde prejudicada devido a vacinação, podendo receber o subsídio para danos a saúde.

## Questionário para vacinação periódica da Rubéola fase 5

(クーポン券貼付)

Endereço registrado no atestado de residência 住民票に記載されている住所						Sexo 性別 ( ) M 男 ( ) F 女	Temperatura 診察前の体温 ℃
フリガナ							
Nome da pessoa a vacinar 氏名							
Data de Nascimento 生年月日	ano 年	mês 月	dia 日	( ) anos 歳			

Questões	Respostas		Dr.
Atualmente o nome da cidade na onde tem o seu endereço registrado, é a mesma cidade escrita no cupom? 現時点で住民票のある市区町村とクーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	Sim はい	Não いいえ	
Você leu o explicativo sobre a vacinação que irá efetuar hoje? 今日予防接種についての説明書を読みましたか	Sim	Não	
Você está ciente dos efeitos e reações adversas que a vacina possa vir a causar? 今日予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	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もよいと言われましたか	Sim	Não	
Foi diagnosticado alguma vez como sendo portador de imuno-deficiência? 免疫不全と診断されたことはありますか。	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 症状 ( )			
Já teve urticária ou passou mal com a ingestão de algum alimento ou medicamento? 薬や食品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	Sim	Não	
Já passou mal alguma vez após a vacinação? 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	Sim	Não	
Caso sim, indique os sintomas 症状 ( )			
Caso sim, qual o tipo da vacina? 予防接種の種類 ( )			
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	
Efetua alguma vacinação neste último mês? ( Caso sim, favor descrever a data e o tipo da última vacinação) 最近1か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の種類を書いてください)	Sim	Não	
Data efetuada 接種年月日 20 ano 年 mês 月 dia 日			
Tipo de vacinação 予防接種の種類 ( )			
Já apresentou alguma doença crônica ou doenças cardíacas, renais, hepáticas ou hematológicas? 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	Sim	Não	
Neste último mês apresentou febre ou esteve doente? 最近1か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? 今日予防接種について質問がありますか	Sim	Não	
医師の記入欄	被接種者が、風しん第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果により確認した。Foi comprovado que a pessoa a ser vacinada, é alvo para a vacinação periódica de Rubéola fase 5 de acordo com o resultado do exame de anticorpos. 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種はDe acordo como o resultado da consulta médica, 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.		医師の署名または記名押印 Assinatura do médico 3 可能 Possível 2 見合わせる Adiada (注)ワクチンの種類・有効期限を要確認

使用ワクチン Vacina	接種量 Dosagem	実施場所 Instituição・医師名 Nome do médico・接種年月日 Data de administração
ワクチン名	皮下接種	実施場所 Instituição 医師名 Nome do médico
Lot No.	0.5 mL	接種年月日(非接種判定日) Data de administração 20 Ano 年 mês 月 dia 日
(注)有効期限が切れていないか要確認		

### Pedido escrito para a vacinação periódica de Rubéola fase 5 (Preencha após a realização do exame e receber a autorização médica).

風しんの第5期の定期接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

Após avaliação médica, ter recebido a devida explicação e ciente da eficácia, objetivo e possíveis efeitos colaterais graves da vacina, gostaria de receber a imunização ?

( **Sim gostaria de vacinar** 接種を希望します ・ **Não, não gostaria de vacinar** 接種を希望しません)

Este questionário tem como objetivo garantir a segurança da vacinação preventiva.

Assim estando ciente deste fato, estou de comum acordo com que as informações deste questionário sejam apresentadas a cidade, Central do seguro de saúde nacional assim como a Associação geral do seguro de saúde nacional.

Data: 20 \_\_\_\_ Ano \_\_\_\_ Mês \_\_\_\_ Dia

Assinatura da pessoa a ser vacinada 被接種者自署 : \_\_\_\_\_

(representante 代筆者

rela ção 親柄 )

※ Em caso da pessoa a ser vacinada não estar em condições de assinar, o representante deverá assinar e preencher a sua relação com ela.