



Certificado de Isenção de Imunização Médica Para Uso em Creches Públicas e Privadas, Pré- escolas, Escolas e Faculdades

Instruções para o preenchimento de um Certificado de Isenção de Imunização

Médica

Secção 1: Insira as informações da escola e do/a aluno/a.

Secção 2: Destinado apenas ao/à profissional de saúde. Por favor, escreva o nome, o endereço, as contra-indicações vacinais, a assinatura e a data.

Secção 3: Apenas para preenchimento por parte de responsáveis escolares, que devem assinar e inserir as datas das assinaturas. Distribua cópias, tal como delineado abaixo.

Secção 1: Informações da Escola e do/a Aluno/a

Nome da Creche, Escola ou Instituição	Endereço	Cidade	Código Postal	Telefone
Nome do/a Aluno/a		Data de Nascimento	Ano de Escolaridade	
Endereço	Cidade	Código Postal	Telefone	

Secção 2: Destinado apenas ao/à profissional de saúde. Por favor, escreva o nome, o endereço, as contra-indicações vacinais, a assinatura e a data.

Nome do/a Profissional de Saúde	Endereço	Cidade	Código Postal	Telefone
---------------------------------	----------	--------	---------------	----------

1. Certifico que, devido a uma contra-indicação, o/a aluno/a acima mencionado/a está isento/a de receber a(s) vacina(s) exigida(s):
2. As contra-indicações assinaladas abaixo estão em conformidade com as diretrizes do Comité Consultivo de Práticas de Imunização (ACIP), das diretrizes da Academia Americana de Pediatria (AAP) ou as instruções presentes na bula da vacina: (Assinale quando aplicável)

- DTaP Hepatite A Hepatite B HIB HPV Gripe VIP/VOP (IPV) MCV
 VASPR (MMR) Anti-pneumocócica (PCV) Td/Tdap Rotavírus Varicela

Contra-indicações	Precauções ou Contra-indicações Temporárias
<input type="checkbox"/> Reação alérgica grave (por exemplo, anafilaxia) após uma dose vacinal (para todas as vacinas anticorpos (MMR, varicela) <input type="checkbox"/> A aluna está grávida (MMR, vac. varicela, vac. HPV)	<input type="checkbox"/> Admni., recente de um produto sanguíneo c/ anticorpos (MMR, vac. varicela)
<input type="checkbox"/> Reação alérgica grave (por exemplo, anafilaxia) a um componente da vacina (para todas as vacinas)	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia/púrpura trombocitopénica – presente ou passada (MMR)
<input type="checkbox"/> Encefalopatia prévia não atribuível a outra causa identificável no prazo de 7 dias após a administração de uma dose da DTaP/DTP.	<input type="checkbox"/> Rotavírus – imunocompetência não rel. c/ IDCG, historial de intussusceção, doença gastrointestinal crónica, espinha bífida ou extrofia de bexigas
<input type="checkbox"/> Problema neurológico progressivo após a DTaP/DTP	Qualquer das seguintes condições após uma dose da DTP ou da DTaP:
<input type="checkbox"/> A VASPR (MMR) é contra-indicada para indivíduos com imunodeficiência, devido a qualquer causa, incluindo HIV	<input type="checkbox"/> Transtorno neurológico – instável ou em evolução
<input type="checkbox"/> A vacina contra a varicela é contra-indicada devido a supressão da imunidade celular	<input type="checkbox"/> Febre de 40,5°C ou mais, sem qualquer outra explicação (no prazo de 48 horas)
<input type="checkbox"/> A vacina contra rotavírus é contra-indicada devido a imunodeficiência combinada grave	<input type="checkbox"/> Ataque ou convulsão no prazo de 72 horas
	<input type="checkbox"/> Choro persistente e inconsolável que dure 3 horas ou mais (no prazo de 48 horas)
	<input type="checkbox"/> Colapso ou estado equivalente a um choque (no prazo de 48 horas)
	<input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barré
	<input type="checkbox"/> Historial de hipersensibilidade do tipo Arthurs – adiar a vacina do toxoide tetânico pelo menos 10 horas a partir do momento da toma da última dose

A mãe e/ou o pai ou o/a aluno foi informado/a de que, se ocorrer um surto de uma doença evitável por meio de uma vacina, os alunos isentos serão excluídos da escola pelo/a responsável administrativo/a da escola por um certo período de tempo, tal como determinado pelo Departamento de Saúde, com base numa análise de risco para a saúde pública, com origem em casos individuais.

Assinatura do/a Profissional de Saúde

Data

Secção 3: Destinada Apenas à Escola: Por favor, escreva a data e assinaturas e distribua cópias, como indicado abaixo.

Assinatura do/a Enfermeiro/a Escolar

Data

Assinatura do/a Responsável Administrativo/a da Escola

Data

Nota: De acordo com as regras e regulamentos do Departamento de Saúde de Rhode Island relativos à imunização e aos testes de doenças transmissíveis R23-1-IMM), (<http://www.rules.state.ri.us/rules>), é da responsabilidade do/a responsável administrativo/a da creche, da pré-escola, da escola ou da faculdade garantir o cumprimento dos regulamentos. O/A responsável administrativo/a da creche, da pré-escola, da escola ou da faculdade excluirá os alunos que não tenham recebido o número mínimo de imunizações exigidas e que não estejam isentos, nos termos dos regulamentos.

Julho de 2017