


COVID-19

Vacinação contra a covid-19

(Este documento destina-se a médicos e enfermeiros escolares)

Prezado(s) senhor/senhora/pais,

Nosso serviço/centro oferecerá vacinas gratuitas contra o SARS-CoV-2 (vírus da covid-19) para alunos maiores de 12 anos. A vacinação completa requer 2 doses: uma primeira dose, seguida 3 semanas depois de uma segunda dose. Este serviço de vacinação estará disponível durante o primeiro semestre do ano letivo, mas apenas **com o consentimento dos pais (termo de consentimento assinado)**.

Se desejar, você pode assistir à vacinação de seu filho para receber sua própria vacina.

A VACINA PROTEGE CONTRA A COVID-19:

A covid-19 é uma doença infecciosa que afeta as pessoas de maneiras diferentes.

Os sinais físicos podem variar desde a ausência completa de sintomas até a manifestação de sintomas moderados (sintomas semelhantes aos da gripe, dificuldade em respirar, problemas digestivos, etc.). Algumas pessoas desenvolverão insuficiência respiratória grave, exigindo hospitalização ou mesmo tratamento intensivo.

VACINAÇÃO:

Seu filho receberá uma injeção na parte superior do braço.

REAÇÕES APÓS A VACINAÇÃO

Os efeitos colaterais mais comuns em adolescentes de 12 a 15 anos são dor no local da injeção (> 90%), cansaço e dores de cabeça (> 70%), dores musculares e calafrios (> 40%) e dor nas articulações e febre (> 20 %).

Para mais informações sobre a notificação de efeitos colaterais na Bélgica, visite o site da Agência Federal de Medicamentos e Produtos de Saúde (AFMPS - <https://www.afmps.be/fr>).

QUEM PODE VACINAR SEU FILHO?

A equipe médica da escola pode vacinar seu filho gratuitamente.

A vacina também pode ser administrada em um centro de vacinação localizado na sua região.

CONSENTIMENTO PARA A VACINAÇÃO

Informe-nos na página seguinte.

Para mais informações sobre a vacinação contra a covid-19, acesse www.jemevaccine.be



Formulário de Consentimento para a Vacinação

(Este documento destina-se a médicos e enfermeiros escolares)

Sobrenome, nome do aluno

.....

Data de nascimento: / /

Escola:

Turma:

Cole uma ETIQUETA DO SEGURO DE SAÚDE EM O NOME DO SEU FILHO ou escreva o NÚMERO NACIONAL DA BÉLGICA: - - . - - .

MARQUE A CAIXA APROPRIADA

- Meu filho já recebeu 1 ou 2 doses da vacina contra a covid-19.
Insira as datas ou forneça uma cópia do cartão de vacinação.
1ª dose recebida em / / 2ª dose recebida em / /
Vacina do laboratório:
- Gostaria que a equipe médica da escola vacinasse meu filho contra a covid-19 gratuitamente.
- Vou vacinar meu filho em um posto de vacinação localizado na minha região.
- No momento, não desejo que meu filho seja vacinado pelo seguinte motivo:

PARA NOS AJUDAR A OFERECER UM SERVIÇO DE QUALIDADE, RESPONDA ESTAS PERGUNTAS:

- O seu filho já teve uma reação alérgica grave a uma vacina (por exemplo, boca ou garganta inchada, dificuldade em respirar ou problema cardíaco)? SIM NÃO
 - O seu filho sofre/sofreu de alguma doença que reduz o número de plaquetas (distúrbio de coagulação)? SIM NÃO
 - O seu filho recebeu uma vacina nas últimas 4 semanas ou deverá receber uma vacina no futuro próximo? SIM NÃO
 - Em caso afirmativo, qual vacina e quando foi/será administrada?
-

Número de telefone do pai ou da mãe:

/.....

Data: / /

ASSINATURA DO PAI E/OU DA MÃE:

Eu (pai/mãe) desejo ser vacinado(a) ao mesmo tempo que meu filho.

