



PORTUGUESE Formulário de Autorização para Crianças

Esse formulário deve ser usado para registrar a administração da vacina MVA-BN

Versão 3.0 5 de agosto de 2022

Declaração de Privacidade: A equipe HSE está ciente de sua obrigação nos termos da Lei de Proteção de Dados, 1988-2018 (incluindo GDPR). As informações fornecidas serão incluídas em um Banco de Dados de Imunização. A HSE usará essa informação para validar clientes, monitorar programas de vacinação e fornecer assistência médica.

Seção 1: Detalhes pessoais

Preencha esta parte para a pessoa que será vacinada (USE LETRAS MAIÚSCULAS)

Nome: Sobrenome:

Número de Serviço Público Pessoal (PPSN):

Data de nascimento: Gênero (circule a sua resposta): Masculino Feminino

Endereço:

Município: Eircode (código eletrônico):

Nome e sobrenome dos Pais/Tutor Legal

Número do celular: Endereço do e-mail:

Nome e endereço do GP (médico da família):

Responda as seguintes questões (circule a sua resposta)

A criança já tomou a vacina MVA-BN ou outra vacina contra varíola? Sim Não

Em caso afirmativo, qual o nome da vacina?

Qual a data em que ela tomou a vacina?

A criança apresentou alergia a vacinas no passado? Sim Não

A criança já teve alergia a ovos ou produtos derivados do ovo (incluindo frango ou penas) no passado? Sim Não

A criança já teve alguma alergia grave? Sim Não

Em caso afirmativo, especifique

Neste momento, a criança está com temperatura elevada ou se sente indisposta? Sim Não

A criança tem dermatite atópica? Sim Não

A criança apresenta alguma condição ou recebeu tratamento que enfraqueça seu sistema imunológico? Sim Não

A pessoa a ser vacinada está grávida ou amamentando? Sim Não

Seção 2: Autorização

Assinale as alternativas para cada declaração e assine para autorizar a sua vacinação

Entendo que a vacina MVA-BN está licenciada pelos órgãos reguladores para uso em pessoas com idade a partir de 18 anos.

Estou ciente dos possíveis riscos e benefícios dessas vacinas.

Autorizo que a criança receba a administração da MVA-BN (1 ou 2 doses com 28 dias entre elas) conforme determinado pelo profissional de assistência médica.

Confirmo assinando esse formulário onde dou meu consentimento em nome da criança citada acima.

Assinatura: Data:

(circule a sua resposta) Pai Tutor Legal

PARA USO ADMINISTRATIVO APENAS | FOR OFFICE USE ONLY

Date Given (DD/MM/YYYY)	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Use by date	Injection Site

Prescriber Signature: HSE Clinic / Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN:

Vaccinator Signature:

PIN/MCRN: