**AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO: FEBRE AMARELA**

Em virtude da Determinação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, haverá no dia **27/08/2019 nos Turnos Matutino, Vespertino e Noturno, “AÇÃO DE INTENSIFICAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA”** no IFAM/Campus Manaus Distrito Industrial.

**ATENÇÃO: Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez.**

**Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. Uma segunda dose pode ser considerada, em especial para aqueles vacinados antes dos 2 anos de idade, pela maior possibilidade de falha vacinal primária.**

**Contraindicada para adolescentes amamentando bebês menores de 6 meses de idade.**

**O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado.**

**AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável legal do menor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,matriculado nesta Escola, **AUTORIZO** a tomar vacina contra a Febre Amarela, conforme análise do cartão de vacina.

**Estou ciente que:**

* Devo encaminhar a **CARTEIRA DE VACINAÇÃO** do menor para o IFAM/CMDI no dia agendado.

( ) **NÃO AUTORIZO**. Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Responsável Legal**

**AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO: FEBRE AMARELA**

Em virtude da Determinação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, haverá no dia **27/08/2019 nos Turnos Matutino, Vespertino e Noturno, “AÇÃO DE INTENSIFICAÇÃO CONTRA A FEBRE AMARELA”** no IFAM/Campus Manaus Distrito Industrial.

**ATENÇÃO: Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez.**

**Não há consenso sobre a duração da proteção conferida pela vacina. Uma segunda dose pode ser considerada, em especial para aqueles vacinados antes dos 2 anos de idade, pela maior possibilidade de falha vacinal primária.**

**Contraindicada para adolescentes amamentando bebês menores de 6 meses de idade.**

**O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado.**

**AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável legal do menor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,matriculado nesta Escola, **AUTORIZO** a tomar vacina contra a Febre Amarela, conforme análise do cartão de vacina.

**Estou ciente que:**

* Devo encaminhar a **CARTEIRA DE VACINAÇÃO** do menor para o IFAM/CMDI no dia agendado.

( ) **NÃO AUTORIZO**. Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Responsável Legal**