**AUTORIZAÇÃO PARA VACINA TRÍPLICE VIRAL**

Em virtude do grande número de casos de sarampo na cidade de Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA realizará no dia **29/11/2019 das 8h às 16h00** “**AÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO**” no IFAM/Campus Manaus Distrito Industrial.

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, viral, transmissível, extremamente contagiosa e muito comum na infância. Os sintomas iniciais apresentados pelo doente são: febre alta, manchas avermelhadas (externa), tosse, irritação ocular e coriza.

Tal doença é prevenida pela vacina.

**AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável legal do menor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,do curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tuma:\_\_\_\_\_\_\_\_, data de nascimento\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **AUTORIZO** a tomar vacina contra o sarampo 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 DEVEM** tomar a vacina pessoas com: alergia ao ovo, alergia ao leite, gestante e imunocomprometidas.

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

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

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

**Assinatura do Responsável Legal**

**AUTORIZAÇÃO PARA VACINA TRÍPLICE VIRAL**

Em virtude do grande número de casos de sarampo na cidade de Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA realizará no dia **29/11/2019 das 8h às 16h00** “**AÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO**” no IFAM/Campus Manaus Distrito Industrial.

O sarampo é uma doença infecciosa aguda, viral, transmissível, extremamente contagiosa e muito comum na infância. Os sintomas iniciais apresentados pelo doente são: febre alta, manchas avermelhadas (externa), tosse, irritação ocular e coriza.

Tal doença é prevenida pela vacina.

**AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_responsável legal do menor :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,do curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tuma:\_\_\_\_\_\_\_,data de nascimento\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **AUTORIZO** a tomar vacina contra o sarampo 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 DEVEM** tomar a vacina pessoas com: alergia ao ovo, alergia ao leite, gestante e imunocomprometidas.

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

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

**Assinatura do Responsável Legal**